

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

FONDÉES PAR PH. PANAS — E. LANDOLT — F. PONCET

PUBLIÉES PAR

F. DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Paris

BADAL

Professeur honoraire de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Bordeaux.

TRUC

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Montpellier.

FRENKEL

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Toulouse

E. LANDOLT

Oculiste honoraire de l'institution nationale
des Jeunes-Aveugles.

F. LAGRANGE

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Bordeaux

ROLLET

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Lyon.

DUVEROIER

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Strasbourg.

AVEC LE CONCOURS DE

H. COPPEZ

Agrégé à l'Université de Bruxelles.

VAN DUYSE

Professeur de clinique ophtalmologique (dant).

WEEKERS

Professeur de clinique ophtalmologique Liège

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

D. F. TERRIEN, Professeur agrégé à la Faculté de Paris. Ophtalmologiste de l'Hôpital Boucicaut.

SECRÉTAIRE ADJOINT : **D. Marc LANDOLT**, Oculiste de l'institution nationale des Jeunes-Aveugles.

TOME TRENTE-HUITIÈME

N° 7 — JUILLET 1921

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VI^e)

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR 1921 (douze fascicules à paraître) :

France 40 fr. Étranger 50 fr.
 Prix du numéro : 4 fr. — Prix du changement-d'adresse : 1 fr.

Pour tout ce qui concerne la Rédaction, s'adresser à M. le D^r F. Terrien, 48, rue Pierre-Charron — Paris-8^e.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser à MM. Masson et C^{ie} éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain — Paris.

SOMMAIRE du numéro 7

MÉMOIRES ORIGINAUX

Sur l'emploi de l'atropine en ophtalmologie, par le professeur HENRI FRENKEL	385
L'exentération de l'œil et l'ophtalmie sympathique, par le docteur FAGE	391
Syndrome adiposo-génital, par le docteur VAN LINT	396
Indications et résultats des injections sous-conjonctivales de cyanure, par M. G. COUSIN	402
Les kystes hydatiques de l'orbite, par le docteur ANICETO-SOLARES	406

(Voir la suite du sommaire, page 3 de la couverture.)



**OPOTHÉRAPIE
HÉMATIQUE**

SIROP DE
DESCHIENS

à l'Hémoglobine

REMPLACE
VIANDE CRUE
et Ferrugineux

DOSE :

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

DESCHIENS, DOCTEUR EN PHARMACIE
5, RUE PAUL-BAUDRY — PARIS

E. J. MEYROWITZ

OPTICIEN

3, Rue Scribe, **PARIS**

LONDRES + NEW-YORK

Fabricant

D'INSTRUMENTS D'OPHTALMOLOGIE

OPHTALMOMÈTRES

PÉRIMÈTRE, CHAISE D'OPÉRATION

TONOMÈTRE du D^r Mac LÉAN

Modèle perfectionné

LUNETTES D'ESSAIS

BOITES DE VERRES

VOIR NOS BULLETINS



L'IODIQUE DE CHOIX DANS
LA
THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Iritis — Kératites interstitielles — Affections du fond de l'œil

Iodogénol Pépin

30 à 100 gouttes par jour

PÉPIN & LEBOUcq, 30, Rue Armand-Sylvestre, à COURBEVOIE (Seine)

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

JUILLET — 1921

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR L'EMPLOI DE L'ATROPINE EN OPHTALMOLOGIE

Par le professeur **Henri FRENKEL**.

Connue par ses effets oculaires depuis l'antiquité, la belladone d'abord et, depuis 1833, l'atropine se sont montrées comme un des moyens thérapeutiques les plus précieux pour l'oculiste. Mais en raison même de son action utile, on a eu trop souvent une tendance à en abuser. Il en est résulté à plusieurs reprises une réaction et les observateurs témoins des abus examinés ont souvent donné dans leurs publications libre cours à leurs protestations.

En parcourant les recueils des journaux médicaux, généraux et spéciaux, on peut remarquer une certaine périodicité dans les pré-occupations des auteurs qui se sont occupés de la belladone et de l'atropine. Pour mettre en évidence cette périodicité, nous avons chargé un de nos élèves, M. Sérié, de réunir par ordre chronologique la bibliographie relative à l'emploi de cet alcaloïde en oculistique. Nous l'avons averti que plus son travail sera complet et plus il sera aisé d'apercevoir cette périodicité. Dressée sous forme de graphiques, les années des publications en abscisse et le nombre des publications en ordonnée, on obtiendrait une courbe sinusoïdale qui sera l'expression de cette action et de cette réaction dans l'emploi de l'atropine. La thèse inaugurale de M. Sérié (1) nous apporte deux courbes de ce genre qui rendent ce fait d'une façon très démonstrative.

La première courbe représente par périodes quinquennales le

(1) JEAN SÉRIÉ, Sur l'emploi de l'atropine en ophtalmologie. *Thèse de Toulouse*, 1920.

total des publications sur l'emploi de la belladone et de l'atropine en oculistique depuis 1797 jusqu'en 1915. On y voit les maxima

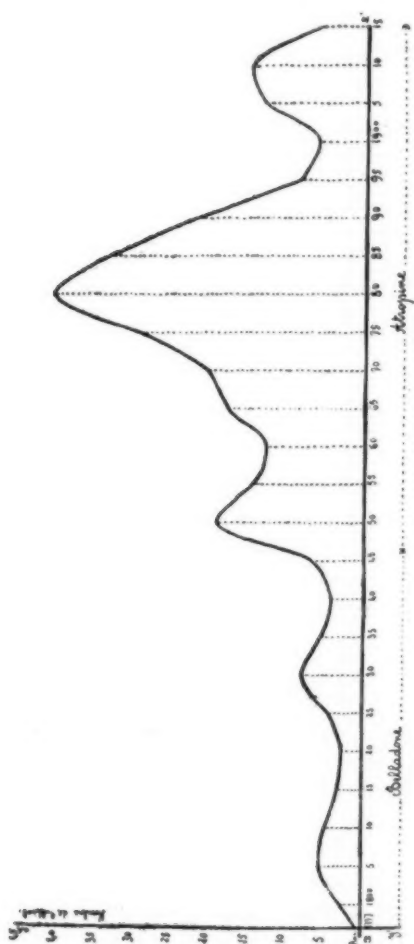


FIG. 1. — Représentation graphique des publications concernant la belladone et l'atropine de 1797 à 1915.

en 1820, en 1850, en 1880 et en 1910 qui montrent la périodicité des préoccupations médico-ophtalmologiques sur l'emploi de l'atropine.

La deuxième courbe représente au-dessus de l'abscisse le nombre de publications en faveur de l'utilité de l'atropine et au-dessous de l'abscisse celui des articles exprimant la réaction contre les excès de l'atropine. Cette courbe montre que le maximum favorable en 1827 était suivi d'un maximum hostile en 1849, qu'un deuxième maximum favorable en 1865 était suivi d'un nouveau maximum hostile en 1881, qu'un troisième maximum favorable en 1900 était remplacé par un troisième maximum hostile en 1905. Ces mouvements alternatifs de l'opinion médicale en fonction de la fréquence des publications correspondent à des alternances dans la fréquence de l'emploi de l'atropine. On en abusait aussi longtemps qu'on ne venait pas modérer le zèle des praticiens pris périodiquement d'un engouement exagéré dans l'emploi de cet agent éminemment utile.

Voilà donc sous une forme abrégée l'histoire des errements depuis 1800 jusqu'en 1915 qui ont mis périodiquement à l'ordre du jour la question de l'atropine, vers 1879, vers 1885 et vers 1905. Il y a toujours eu une question d'atropine; je veux dire que l'on

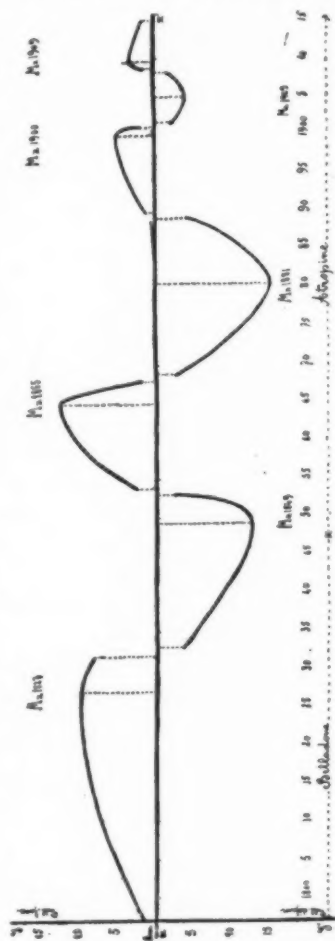


Fig. 2. — Représentation graphique des périodes de succès et de revers de l'atropine en ophtalmologie de 1787 à 1915.

a toujours abusé de cet alcaloïde. Et cette question persiste toujours, parce qu'on continue à abuser en oculistique de ce médicament. Je n'en veux apporter aujourd'hui que deux ordres de preuves.

La première preuve est l'emploi trop fréquent de l'atropine dans le traitement des kératites de toute espèce, surtout des kératites superficielles. On peut voir couramment des kératites phlycténulaires, érosions et ulcérations, infiltrations superficielles de la cornée avec des pupilles largement dilatées par l'atropine. Ce traitement est prescrit non seulement par des praticiens généraux des villes et des campagnes, mais encore assez souvent par des oculistes. Or, l'atropine n'est nullement indiquée dans ces cas ; bien au contraire, elle est susceptible de retarder la guérison. Cela est tellement vrai que nous avons, à la suite de quelques auteurs russes, recommandé en 1904, dans la thèse de notre élève Mothe, l'emploi de l'ésérine dans les kératites superficielles.

La deuxième preuve corrélatrice de la première, est ce qui s'est passé en 1918 à la suite de l'apparition dans nos armées des centaines de mille de cas de kératite par l'ypérite. Une circulaire du Sous-Secrétariat d'État du Service de santé envoyée dans toutes les formations sanitaires de l'avant et de l'arrière prescrivait, parmi d'autres mesures, l'emploi d'une solution de sulfate neutre d'atropine à la dose de 1 p. 100 (un pour cent) en instillations contre ces cas de kératite (1). Ayant reçu cette circulaire, nous avons immédiatement interjeté appel par voie hiérarchique, en protestant contre certaines autres prescriptions et contre l'emploi de l'atropine.

Nous nous élevions d'abord contre la concentration de la solution à 1 p. 100 que nous attribuâmes à une simple erreur, attendu qu'on peut toujours arriver au but avec des solutions deux fois moins fortes. Nous réclamions surtout contre le principe de l'emploi de l'atropine dans les kératites superficielles. Nous avons pu faire appuyer notre réclamation par un avis conforme de nos confrères oculistes de la 17^e région, mais il est probable que nos confrères du Sous-Secrétariat d'État n'ont pas été convaincus,

(1) *Sous-Secrétariat d'État du Service de santé militaire. Aide-mémoire clinique et thérapeutique des intoxications par les gaz.* Paris, Imprim. coopér., 3, rue de Pondichéry, 1918, p. 27. — *Notice clinique et thérapeutique de l'intoxication par les gaz.* *Ibid.*, 1918, p. 53.

puisque dans la réponse, ce dernier invoquait le spasme violent de l'iris comme argument en faveur de l'emploi de cet alcaloïde. Ce même argument se retrouve dans l'important mémoire de M. Beauvieux : « Les lésions oculaires par gaz vésicants » dans les *Archives d'Ophthalmologie*, octobre 1920, p. 617, qui dit que tous ses gazés ont éprouvé un soulagement immédiat lorsque la dilatation pupillaire s'est produite. Plus récemment, M. Bussy (*Arch. d'Ophthalm.*, mars 1921, p. 169) apporte la même justification pour l'emploi de l'atropine chez les gazés par l'ypérite. Ayant reçu dans notre service de très nombreux ypérités évacués du front avec pupilles dilatées par l'atropine et très intense photophobie, nous avons cru remarquer à notre tour que ces malades ont éprouvé un soulagement notable lorsque nous leur avons supprimé l'atropine.

Sans vouloir dresser des règles fixes pour l'emploi de l'atropine, nous croyons pouvoir résumer de la manière suivante les principales indications de son emploi en oculistique. Ce médicament doit être réservé pour le traitement, tandis que pour le diagnostic (examen ophtalmoscopique, etc.), il peut être remplacé par un de ses succédanés, par exemple par l'homatropine.

La principale indication de l'emploi de l'atropine est donnée par les iritis et les états associés, cyclite, irido-cyclite, kératite interstitielle qui est le plus souvent doublée d'une cyclite. Que l'iritis soit primitive ou secondaire, l'indication de l'atropine est formelle à moins qu'un état général, cause de cette iritis, ne soit en même temps une cause d'hypertension oculaire. C'est le cas de certaines iritis chez les diabétiques, de certaines iritis à tendance hémorragique dans l'artériosclérose oculaire, c'est aussi le cas de certaines cyclites au cours de la kératite interstitielle. On sait enfin (Morax) que les irido-cyclites par corps étranger intra-oculaire méconnu peuvent s'accompagner d'hypertension oculaire. Enfin, l'atropine est indiquée aussi dans les iritis secondaires à la suite des ulcères à hypopyon ou autres infections exogènes.

Par contre, dans les kératites superficielles non suppurées, kératites scrofuleuses, lymphatiques, impétigineuses, kératites en bandelette, kératites avec pannus, pas plus que dans les kératites granuleuses, ni dans les kératites herpétiques non accompagnées d'iritis, l'atropine n'est indiquée. Elle y est absolument inutile, elle y est plutôt nuisible en exagérant la photophobie. Il convient

dra un jour de reprendre la question des relations des excitations sensorielles (photophobie) avec la circulation et la nutrition de la cornée. Pour le moment, on sait par l'observation clinique que l'ésérine ou mieux la pilocarpine permettent une guérison aussi rapide, peut-être même plus rapide, de ces kératites superficielles que l'atropine.

Dans les kératites chimiques par gaz vésicants ou par brûlure superficielle sans infection secondaire, dans les kératites électriques par arc voltaïque et affections analogues, l'atropine nous paraît contre-indiquée. La pilocarpine pourrait souvent rendre des services dans certaines kératites superficielles.

En dehors de la kératite bulleuse qui peut s'accompagner d'hypertonie oculaire, la pilocarpine donne de bons résultats dans les érosions superficielles de la cornée par coup d'ongle, dans la kératite filamenteuse. Elle y est certainement supérieure à l'atropine.

Dans les épischlérites et les sclérites, l'emploi de l'atropine sera subordonné à l'existence d'une cyclite ou d'une irido-cyclite concomitante ainsi que par l'état de la tension intra-oculaire.

Dans les affections du segment postérieur telles que le décollement non néoplasique de la rétine, l'atropine autrefois recommandée paraît moins répandue aujourd'hui; son emploi sera subordonné à l'état de la tension oculaire mesurée au tonomètre.

Bien que dans le traitement du strabisme la cure atropinique soit tombée en désuétude, elle conserve cependant la valeur d'un adjuvant dans le traitement orthoptique.

La vraie intolérance pour l'atropine est plutôt le fait d'une indication mal posée ou d'un état septique de la solution employée que de l'idio-syncrasie invoquée par les anciens auteurs.

Parmi les succédanés de l'atropine, la scopolamine est plus toxique que celle-ci et doit être employée avec discernement.

La solution concentrée à 1 p. 100, bien qu'admise par beaucoup de bons auteurs, ne nous paraît pas nécessaire, même à titre exceptionnel. Celle à 1 p. 200 peut toujours suffire lorsqu'on applique en même temps le traitement pathogénique (le plus souvent spécifique). La connaissance de l'adrénaline permet d'ailleurs d'intensifier l'action des solutions plus faibles et d'obtenir en l'associant à l'atropine des effets équivalents à l'emploi des solutions fortes. Il

arrive, en revanche, notamment dans la kératite interstitielle qu'en dépit des solutions fortes, avec ou sans adrénaline, la pupille ne se dilate pas aussi longtemps que le traitement général n'a amené un éclaircissement de la cornée, sans qu'on puisse incriminer pour ces cas l'existence de synéchies postérieures. Quant à la forme de l'excipient, collyres aqueux ou collyres gras, elle ne paraît pas avoir l'importance que certains lui attribuent.

Pour résumer d'un mot les indications de l'emploi de l'atropine, disons qu'il est essentiellement subordonné au diagnostic exact des états oculaires, au diagnostic anatomique et fonctionnel et qu'il doit tenir compte à la fois de l'existence d'une affection du segment antérieur du tractus uvéal et de l'état de la tension intra-oculaire.

L'EXENTÉRATION DE L'ŒIL ET L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

Par le docteur **FAGE**

Médecin en Chef de l'Hospice Saint-Victor d'Amiens.

L'exentération de l'œil introduite dans la thérapeutique oculaire par Alf. Greefe (1) en 1884 pour éviter, après l'énucléation des yeux panophtalmes, les méningites infectieuses dont la liste est déjà longue, comme on sait, est devenue à juste titre une opération classique. « Pour nous, disait judicieusement Alb. Terson (2) dans l'excellent rapport qu'il fit à la Société française d'Ophthalmologie, dans une panophtalmie on n'a plus le droit d'enucléer, et à un curage indigent, il faut préférer un curage total. »

Devant la même Société (3) j'ai indiqué la valeur de l'exentération et la meilleure façon de l'exécuter.

Je rappelle que, pour qu'une exentération soit bien faite, il faut que le curage de l'œil soit *total*; on doit, en s'aidant d'un bon

(1) ALF. GREEFE, *Mém. des naturalistes allemands*, Magdeb., 1884.

(2) ALB. TERSON, *Traitement des plaies de l'œil* (Soc. franç. d'Ophth., 1908).

(3) FAGE, *Valeur et indications de l'exentération du globe oculaire* (Soc. franç. d'Ophthalmologie, 1892).

éclairage, s'assurer qu'il ne reste, une fois l'évidement terminé, aucun débris de corps ciliaire ni de choroïde. Il faut se servir non pas d'une curette tranchante qui pourrait ouvrir les espaces lymphatiques, mais d'une petite cuillère avec laquelle on décolle et on enlève les procès ciliaires et la choroïde. Comme je l'ai indiqué dans mon travail de 1892, on peut, en terminant, toucher légèrement la surface interne de la sclérotique avec la petite boule olivaire du thermo-cautère, cette cautérisation ayant l'avantage de provoquer l'oblitération des vaisseaux, de détruire les terminaisons nerveuses et de parfaire l'antisepsie.

Conserver la cornée, comme l'avait proposé Gifford en 1914 et comme Poulard (1) l'a plus récemment conseillé, est chose certainement faisable qui donne sur le moment un aspect plus seyant au moignon ; mais c'est un procédé qui ne permet pas de se donner autant de jour et partant de réaliser avec la même sûreté le nettoyage complet du sac sclérotical. Du reste est-on autorisé à conserver la cornée dans les cas, et ils sont fréquents, où cette membrane a été le siège d'un ulcère infectieux, d'un abcès, d'une plaie contaminée ?

Il ne paraît pas douteux que l'agent infectieux qui va contaminer l'autre œil se développe dans le tractus uvéal, en particulier dans la choroïde, et que ces parties étant supprimées, il n'y a plus de danger. « L'œil totalement vidé et dépouillé, disais-je dans mon travail de 1892, il semble rester peu de chances de succès à une migration bactérienne ou à une irritation réflexe. »

Dire avec Kalt (2) que l'agent infectieux « peut être élaboré dans la coque sclérale évidée et transmis par la voie chiasmatique », est une pure hypothèse. Du reste chez le malade qui faisait l'objet de cette observation, il était resté enclavé dans la paroi de la sclérotique un fragment de fer oxydé : n'y a-t-il pas là de quoi expliquer le point de départ du processus sympathisant ?

Il y a, dira-t-on, les nerfs ciliaires que l'exentération laisse en place. Mais sait-on vraiment le rôle qu'ils jouent dans un processus dont nous ignorons encore le mode de transmission et sur

(1) POULARD, Opérations conservatrices. Évidement du globe. (*Soc. d'Ophthalm. de Paris*, oct. 1918).

(2) KALT, Au sujet de la genèse de l'Ophtalmie sympathique (*Soc. d'Ophthalm. de Paris*, nov. 1917).

lequel on discute surtout théoriquement. L'important en pratique c'est d'exentérer assez tôt, avant les lésions possibles du nerf optique et des nerfs ciliaires ou au moment où elles peuvent être enrayées.

Les quelques observations d'accidents sympathiques après l'exentération qui ont été publiées, presque toutes sujettes à de sérieuses objections, ne sauraient suffire à faire rejeter cette opération, pas plus qu'on ne renoncera à l'énucléation parce que des faits de ce genre sont quelquefois apparus après elle.

On remarquera d'abord que ces observations sont très rares. Ensuite que plusieurs d'entre elles sont très discutables à cause de la date précoce de l'apparition des accidents sur l'autre œil.

On sait en effet que, même après l'énucléation, l'ophtalmie sympathique peut apparaître un mois, un mois et demi, sept semaines (Dianoux) et même plus après l'ablation de l'œil perdu.

« Ces observations d'ophtalmie sympathique apparaissant malgré l'énucléation, dit Abadie (1), ne sont pas aussi rares ni aussi exceptionnelles qu'on pourrait le supposer. » Schieck (2) en a relevé 93 cas dans une enquête qu'il a faite à ce sujet.

Prenons par exemple le fait rapporté, il y a deux ans, par Morax (3), qui paraît au premier abord assez démonstratif, puisque l'examen histologique avait démontré que la choroïde avait été complètement enlevée. On peut lui objecter que la migration microbienne était en route au moment de l'intervention. Morax le reconnaît lui-même lorsqu'il dit : « Pratiquée plus de quatre semaines après la plaie pénétrante, il est possible que l'énucléation n'eût pas empêché ou enrayé, plus que l'éviscération, l'évolution de l'ophtalmie sympathique. »

On remarquera aussi que ces cas de sympathie chez des exentérés sont en général des cas atténués qui n'entraînent pas la cécité, souvent de simples cas d'irritation réflexe. Tels sont ceux signalés par L. Dor (4) dans une enquête faite pendant la guerre sur 63 borgnes.

(1) ABADIE, De l'ophtalmie sympathique qui survient malgré l'énucléation (*XIII^e Congrès int. de médecine*, 1900).

(2) SCHIECK, Apparition de l'ophtalmie sympathique malgré une énucléation préventive (*Arch. für Ophthalm.*, 1918).

(3) MORAX, Un cas d'ophtalmie sympathique après éviscération (*Soc. d'Ophtalm. de Paris*, juin 1919).

(4) L. DOR, *Soc. d'Ophtalmologie de Paris*, mai 1917.

On est enfin en droit de penser que la plupart de ces cas de sympathie se rapportent à des exentérations *incomplètes*, ou à des moignons scléroticaux qui renfermaient des corps étrangers introduits par accident ou par la main de l'opérateur dans un but prothétique.

Le discrédit que l'opinion de Panas (1) et quelques autres ophtalmologistes aurait pu jeter sur l'opération d'Alf. Grafe ne l'a pas empêchée d'être adoptée universellement. Pour ma part je n'ai eu qu'à m'en louer; les quelques cinq ou six complications peu graves que j'ai observées se rapportaient à des cas où je m'étais écarté de ma technique habituelle (insertions de corps prothétiques dans le sac scléral); je n'ai en particulier jamais observé le moindre trouble sympathique.

Ma statistique personnelle comprend 262 exentérations du globe oculaire qui se décomposent ainsi :

Exentérations faites pour panophtalmie ou œil très infecté . . .	145
— staphylome cornéen	34
— glaucome incurable ou buphtalmie . . .	18
— plaies graves et récentes de l'œil . . .	48
— yeux perdus par irido-choroïdite chron. .	8
— moignons oculaires irrités et douloureux .	9

Comme on le voit, c'est contre la panophtalmie que j'ai eu le plus souvent recours à l'exentération; elle constitue en effet l'opération de choix dans ces cas-là, d'autant plus que tout le monde s'accorde à reconnaître la rareté de l'ophtalmie sympathique après le phlegmon de l'œil. Dans la panophtalmie l'énucléation est non seulement plus difficile, mais, c'est là le point capital, elle expose à l'infection des méninges.

L'exentération est aussi l'opération la plus rationnelle contre les gros staphylomes cornéens, contre le glaucome incurable et douloureux, contre les larges plaies où le globe oculaire, en partie vidé, ne peut pas être conservé.

Dans 9 cas, j'ai pratiqué l'exentération même de quelques moignons irrités et douloureux, sans complications. Mais c'est à titre exceptionnel, car en pareils cas, pour me mettre à l'abri de tout reproche, j'ai coutume de pratiquer l'énucléation. Chaque opéra-

(1) PANAS, *Traité des maladies des yeux*, t. I., p. 404.

tion a ses indications et ses contre-indications. Il est entendu que les vieux moignons enflammés, que ceux qui sont le siège d'une ossification ou renferment un corps étranger doivent être énucléés.

Je conclus en disant qu'au point de vue de l'ophtalmie sympathique, l'exentération de l'œil faite judicieusement, en temps voulu et bien exécutée, est une opération aussi sûre que l'énucléation. Tout le monde conviendra qu'elle a plus d'avantages pour la prothèse. Ces conclusions furent aussi celles du professeur Pflüger (1), dans le substantiel rapport qu'il fit au Congrès international de médecine de 1900.

Ce qui est dangereux, ce sont les curages partiels, les évidements incomplets faits de propos délibéré ou ceux faits involontairement par suite d'une mauvaise technique. Il y a plus d'inconvénients que d'avantages à conserver la cornée; il y a danger à insérer des boules ou autres corps étrangers dans le sac sclérotical. Le procédé d'Alf. Grafe, l'exentération comme il l'a proposée, avec les quelques perfectionnements que j'ai indiqués dans ma communication de 1892, voilà le procédé le plus rationnel et celui qui offre vraiment des garanties.

SYNDROME ADIPOSEO-GÉNITAL

Par le docteur **VAN LINT**.

Depuis une vingtaines d'années on étudie intensément les glandes à sécrétion interne. L'intérêt suscité par cette étude est considérable et on tente aujourd'hui d'attribuer à ces glandes un rôle primordial dans la plupart des troubles pathologiques encore inexpliqués. Les altérations des glandes à sécrétion interne et l'anaphylaxie sont actuellement les deux causes auxquelles on rattache presque tous les processus morbides. Ce sont « les bonnes à tout faire » de la médecine moderne. Il est temps de reviser les innombrables travaux sur les glandes endocrines et de les coordonner si l'on ne veut pas tomber dans l'excès doctrinal. Aussi

1) PFLÜGER, Valeur comparative de l'énucléation et des opérations susceptibles de la remplacer (*XIII Congrès intern. de médecine*, Paris, 1900).

ne peut-on qu'approuver Gley (*Quatre leçons sur les sécrétions internes, 1920*) quand il cite Swale Vincent qui ne craint pas de déclarer que « les vues courantes sur toute la question des sécrétions internes réclament une critique sévère. Il n'est pas de branche de la physiologie qui présente un fouillis de tant d'hypothèses vagues, non démontrées et dans beaucoup de cas indémontrables. La terminologie devient excessivement compliquée et on rencontre un mot nouvellement forgé presque chaque mois. Le terme d'hormone est dans la bouche de tout le monde, mais combien peu nous savons sur ces corps ». Gley précise la cause principale de nos erreurs. « En tout cas les excès dans lesquels, depuis la diffusion des premiers résultats expérimentaux obtenus sur les fonctions des glandes endocrines, sont tombés tant de médecins, suffiraient à prouver, ce me semble, combien j'ai raison de combattre l'emploi de la méthode des extraits d'organes dans l'étude des sécrétions internes » et indique l'unique voie qui peut nous donner des résultats définitifs : « il ressort que l'étude des sécrétions internes devrait consister surtout dans la recherche des propriétés de chaque sang veineux glandulaire et dans la recherche dans le sang artériel de ces mêmes propriétés à un moment donné, au moment où la glande considérée entre en activité. C'est dans ce sens que doivent s'orienter actuellement les expérimentateurs. »

Les deux observations que je relate n'apportent aucun fait nouveau capable d'éclairer le problème. Elles sont pourtant intéressantes parce qu'elles attirent l'attention sur des processus pathologiques à côté desquels nous passons souvent faute d'y penser. Or, il importe de porter un diagnostic exact, car dans les troubles hypophysaires dont il s'agit ici, nous sommes en possession d'une thérapeutique efficace, quoique nous ignorions la pathogénie de la maladie.

OBSERVATION I. — Joséphine W..., 37 ans, vint me consulter il y a six semaines pour une diminution de la vision, qui débuta il y a un an par un trouble léger de la vue et qui allait s'aggravant. La vision de l'œil droit était de $1/3$, de l'œil gauche $1/8$. — La réfraction était normale ; je ne constatai aucune altération du fond des yeux. Le champ visuel de l'œil droit était normal, de l'œil gauche rétréci concentriquement (fig. 1). Ces symptômes me firent porter le diagnostic d'atrophie des nerfs optiques au début. Ici la tâche de l'oculiste devient difficile : établir la

cause de l'atrophie afin d'instituer le traitement étiologique. Faut-il

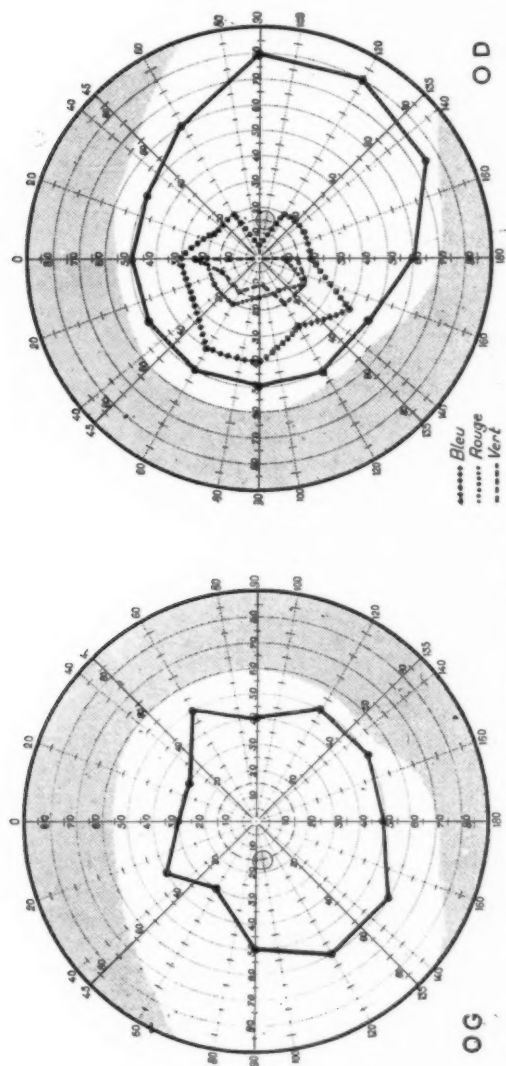


Fig. 1. — (Œil gauche : rétrécissement concentrique. Pas de perception des couleurs, peu accentué. Hémianopsie temporale pour les couleurs. — droit : — — — — —)

incriminer une infection, une intoxication ou une compression ner-

veuse, celle-ci siégeant dans l'orbite, le sinus sphénoïdal, les méninges ou les centres nerveux ? Question qui reste souvent sans réponse.

Chez la malade le Bordet-Wassermann était négatif, il n'y avait ni sucre ni albumine dans les urines (1.900 gr. par jour). Son adiposité (poids 78 kgr., taille 1 mètre 53) me fit songer à un trouble de l'hypophyse. Les règles avaient en effet disparu depuis l'âge de 28 ans.

Je me trouvai en présence d'un syndrome adiposo-génital avec atrophie des nerfs optiques, dû à une tumeur de l'hypophyse. L'aspect du champ visuel qui montrait un rétrécissement concentrique me fit douter un instant de l'étiologie de l'atrophie optique. Dans les auteurs classiques ne décrit-on pas toujours l'hémianopsie bitemporale comme la signature de la tumeur hypophysaire ? De Lapersonne et Cantonnet (*Archives d'ophtalmologie*, 1910) analysant 80 cas de troubles visuels produits par les tumeurs hypophysaires sans acromégalie, ont rencontré 47 fois l'hémianopsie bitemporale, 9 fois l'hémianopsie temporale unilatérale, 3 fois l'hémianopsie latérale homonyme et 6 fois seulement le rétrécissement concentrique.

Un cas publié récemment (*Annales d'ophtalmologie*, février 1921) par Bollack et Hartmann présentait une hémianopsie latérale homonyme.

Poussant plus loin mes investigations je pris le champ visuel pour les couleurs à l'œil droit seulement, les couleurs n'étant plus perçues à gauche. Je constatai un rétrécissement hémianopsique temporal des plus nets pour toutes les couleurs. Cette donnée, intéressante en ce qu'elle montre la progression dans la perte fonctionnelle des fibres du nerf optique, confirma mon diagnostic.

Je trouvai d'ailleurs dans la suite une statistique dans le rapport de Terrien à la Société française d'ophtalmologie de 1919 sur l'emploi du radium et des rayons X en ophtalmologie, qui montrait que le rétrécissement du champ visuel dans les tumeurs de l'hypophyse se rencontre assez souvent sous la forme concentrique : « sur 100 observations suivies d'autopsies on trouve 23 hémianopsies bitemporales, 23 hémianopsies temporales unilatérales, 9 hémianopsies homonymes, 22 rétrécissements concentriques, 4 rétrécissements irréguliers, 9 avec scotome latéral et 13 avec scotome central ».

La radiographie (Docteurs Dumont et Gobeaux) nous montre une destruction en bourse de la selle turcique. La lame quadrilatère et les apophyses clinoides postérieures sont très amincies, en voie de destruction, mais ont conservé leur situation. Le développement de la selle turcique s'est fait surtout aux dépens des cellules sphénoïdales. Le diamètre antéro-postérieur atteint 20 millimètres (normale 10 à 15 mm.) le diamètre vertical 17 millimètres (normale 10 à 12 mm.).

Ni les antécédents héréditaires et personnels, absolument banaux, ni l'examen de la malade ne peuvent nous mettre sur la voie de la nature de la tumeur hypophysaire. Cette ignorance rend le traitement difficile.

Sans s'inquiéter de la nature de la tumeur hypophysaire et en

admettant que le syndrome adipo-génital fut occasionné par l'hypofonctionnement de l'hypophyse, les auteurs ont administré du suc hypophysaire. Les résultats ont été nuls. Faut-il en conclure avec Lagave (*Presse médicale*, 1912) : « Il semble bien actuellement qu'il ne faille pas rattacher ce syndrome à un hypofonctionnement de l'hypophyse ou à une viciation de son fonctionnement, mais plutôt à toute fonction qui vient intéresser la portion nerveuse de l'hypophyse; lobe postérieur et tige pituitaire, ou même qui vient comprimer le plancher du troisième ventricule, la région de l'infundibulum ou la glande même, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. L'importance pratique de ce fait est grande, car si dans l'acromégalie, le chirurgien peut espérer extirper une tumeur du lobe antérieur, en cas de syndrome adipo-génital la variabilité du siège de la tumeur en rend plus problématique la découverte et l'extirpation. »

Une observation récente de Lereboullet (*Société de neurologie*), dans laquelle une tumeur du troisième ventricule et de l'espace interpedonculaire avait provoqué un syndrome adipo-génital sans polyurie, quoique l'hypophyse fut absolument normale, ne confirme-t-elle pas ce point de vue ?

Quoi qu'il en soit, la radiothérapie est à conseiller.

Elle donne d'excellents résultats. Sous son influence j'ai vu l'adiposité diminuer et les troubles de la vision s'améliorer considérablement chez les malades présentés à la Société des Sciences médicales et naturelles (*Bulletin de la Société*, 1912), par le docteur H. Coppez et par moi-même et chez une malade observée depuis et suivie pendant plusieurs années.

Dans ce cas-ci j'ai institué le traitement par les rayons X. Quant à l'utilité de l'intervention chirurgicale, j'y reviendrai plus loin.

Obs. II. — Jeanne Th..., 28 ans, me consulta en mars 1917 pour une céphalalgie intense, prédominante du côté droit et un fort affaiblissement de la vue. De l'œil droit la malade ne percevait que l'ombre de la main, de l'œil gauche la vision était de 1/2.

La réfraction était normale; les papilles des nerfs optiques étaient atrophiques, très blanches, surtout dans leur moitié temporale. Le champ visuel était fortement rétréci, montrant une hémianopsie bitemporale, limitant la vision de l'œil droit à un quadrant supéro-interne (fig. 2).

La malade était atteinte d'apisolé. Celle-ci avait commencé à l'âge de

18 ans, époque à laquelle les règles avaient disparu pour ne plus jamais réapparaître.

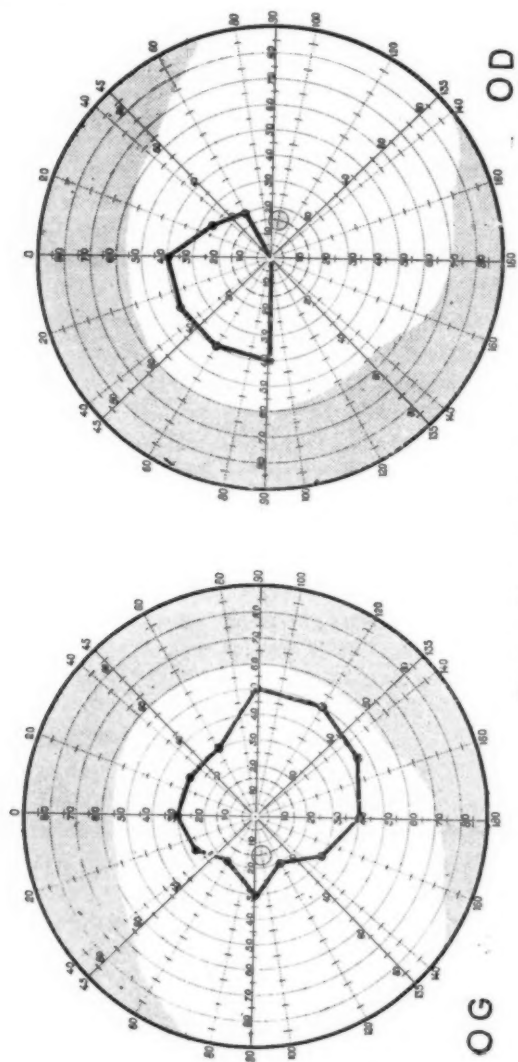


Fig. 2. — Hémianopsie bitemporale.

La radiographie fut faite. Mais il fut impossible de réussir une épreuve,

"Pour que les yeux puissent voir mieux"

B. & L. S. P.

SOCIÉTÉ D'OPTIQUE TELEGIC

7, Rue Pastourelle, PARIS

Tél. : Archives 17-69 Adresse Télégr. Télégr-Paris

Laboratoire d'optique à Joinville-le-Pont

MONSIEUR LE DOCTEUR,

ÉTANT CONVINCS DE LA GRANDE IMPORTANCE (TANT POUR LA VUE DE VOS CLIENTS QUE POUR VOTRE BONNE RÉPUTATION) DE LA FAÇON RIGOREUSEMENT EXACTE AVEC LAQUELLE VOS ORDONNANCES DOIVENT ÊTRE EXÉCUTÉES, NOUS AVONS L'HONNEUR DE VOUS INFORMER QUE NOUS AVONS FAIT INSTALLER, POUR LA PRODUCTION DES VERRES OPHTALMIQUES, DES LABORATOIRES SPÉCIAUX D'OPTIQUE, CONTENANT LES APPAREILS LES PLUS PERFECTIONNÉS DU MONDE ENTIER.

CES VERRES, DONT LA COMPOSITION CHIMIQUE ET LA COURBURE OPTIQUE PRÉCISE SONT IRRÉPROCHABLES, SONT VÉRIFIÉS AVANT LEUR LIVRAISON PAR DES INGÉNIEURS CHIMISTES D'ÉLITE, SPÉCIALISÉS DANS L'OPTIQUE MÉDICALE.

NOUS NOUS EFFORÇONS DE RENDRE LA HAUTE VALEUR SCIENTIFIQUE DE NOS VERRES OPHTALMIQUES DIGNE DE VOTRE APPROBATION ET DE CELLE DE LA SCIENCE OPHTALMOLOGIQUE.

EN PRESCRIVANT À VOTRE OPTICIEN D'EXÉCUTER VOS ORDONNANCES AVEC DES VERRES OPHTALMIQUES DE LA SOCIÉTÉ TELEGIC, TELS QUE LES TELEGIC, VERRES À DOUBLE Foyer invisible ; STANTORIC, VERRES À COURBURES TORIQUES COMPENSÉES POUR LA CORRECTION DE L'ASTIGMATISME, VERRES TORISCOPIQUES, ETC., VOUS SEREZ CERTAIN QUE VOTRE CLIENT AURA LES VERRES LES PLUS PARFAITS QUE LA SCIENCE D'OPTIQUE PUISSE PRODUIRE.

NOUS SOMMES À VOTRE DISPOSITION POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX VERRES OPHTALMIQUES.

SOCIÉTÉ D'OPTIQUE TELEGIC.



MASSON ET C^{ie} ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



MANUEL
DE
=NEUROLOGIE=
OCULAIRE

PAR

F. DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de médecine de Paris.

ET

A. CANTONNET

Chef de Clinique ophtalmologique.

Ce livre ne s'adresse pas seulement aux Ophtalmologistes et aux Neurologistes, il permet aux Médecins non spécialistes de reconnaître les manifestations oculaires nerveuses de telle ou telle affection générale; par elles ils arriveront à un diagnostic précoce et pourront établir une thérapeutique rationnelle.

Ce manuel est suivi d'un index dans lequel le lecteur trouve rapidement toutes les indications nécessaires à l'étude d'une question de neuropathologie oculaire.

1 volume in-8° de vi + 368 pages avec 106 figures dans le texte. 6 fr. 50 net.

car la malade ne fut pas un instant immobile pendant la prise radiographique.

Le diagnostic fut : syndrome adipo-génital dû à une tumeur de l'hypophyse. La céphalalgie ne cédant à aucun calmant, le docteur Bouché pratiqua une double trépanation décompressive qui amena une certaine sédation. Mais bientôt la vision continuait à baisser et deux mois après l'opération, l'œil gauche qui avait une acuité visuelle de 1/2 ne comptait plus les doigts qu'à un mètre de distance ; les céphalées devenaient atroces, l'état général s'aggravait.

Je confiai la malade au docteur Buys pour pratiquer l'extirpation de la tumeur hypophysaire.

Il employa la méthode endonasale de Broeckaert, modifiée. En un premier temps, sous anesthésie locale, il fit la résection de tout le septum en respectant la sous-cloison ; en un second temps, quelques jours plus tard, il fit la luxation des cornets moyens, pénétra à travers le sphénoïde et trépana la selle turcique.

Il constata que la cavité de la selle turcique ne contenait ni kyste, ni tumeur. Vers le haut il y avait du tissu de granulations saignant assez fort au contact du stylet. Il tamponna la cavité. Cinq jours après la malade mourut. A l'autopsie nous trouvâmes une selle turcique normale ! Mais au-dessus, une énorme tumeur kystique, en dégénérescence calcaire-caséeuse, contenant un liquide sanieux, englobait le chiasma des nerfs optiques.

La maladie avait donc pour cause non pas une tumeur de l'hypophyse, mais un tubercule des méninges. L'atrophie des nerfs optiques s'expliquait par la compression du chiasma ; le syndrome adipo-génital par la compression de l'hypophyse ou plutôt de l'infundibulum, si l'on admet la théorie de Cushing qui pense que la sécrétion du lobe postérieur de l'hypophyse se déverse dans le liquide céphalo-rachidien par la tige hypophysaire. On conçoit qu'une obstruction de celle-ci par une tumeur puisse aboutir à la suppression fonctionnelle de la glande.

Paulesco aurait d'ailleurs démontré (*l'hypophyse du cerveau*, Paris, 1908) qu'une section de la tige, équivalait à une ablation totale de l'hypophyse.

Le volume de la tumeur expliquait les fortes céphalées.

Dans ce cas, l'opération ne pouvait évidemment donner de résultat. Aucun autre traitement d'ailleurs n'eût amélioré la malade.

Les observations récentes de Lereboullet, Bollack et Hartmann,

et celle-ci prouvent que le syndrome adiposo-génital est occasionné fréquemment par une tumeur qui s'étend au-dessus de la selle turcique. Peut-on dans ces conditions conseiller l'intervention chirurgicale ?

S'il est déjà difficile d'extirper une tumeur logée dans la selle turcique (endosellaire) combien il doit être aventureux de se risquer à enlever des tumeurs supra-sellaires ! Aura-t-on plus de succès en complétant l'acte opératoire par une application locale de radium, comme on l'a fait récemment ?

Je pense que dans tout syndrome adiposo-génital il faut appliquer la radiothérapie et n'avoir recours à la chirurgie que lorsque les jours du malade sont en danger ou que les céphalalgies sont devenues intolérables même après trépanation décompressive.

Mais dans ces cas on ne se trouve plus en présence d'un simple syndrome adiposo génital.

INDICATIONS ET RÉSULTATS DES INJECTIONS SOUS-CONJONCTIVALES DE CYANURE

Par **M. G. COUSIN.**

En ce moment où l'on semble vouloir aiguiller la thérapeutique oculaire vers de nouvelles injections, il nous paraît utile de revenir sur une méthode qui a fait depuis longtemps ses preuves, bien qu'elle soit un peu délaissée maintenant. Les résultats que nous venons d'obtenir avec les injections sous-conjonctivales de cyanure nous ont déterminé à faire cette communication. La technique opératoire est trop connue pour qu'il nous soit besoin de la rappeler. Il nous paraît seulement utile d'indiquer le titrage de la solution dont nous nous sommes servis et la quantité de liquide injectée à chaque piqure. Nous nous servons d'ampoules préparées à l'avance contenant 1 milligramme de mercure et 2 centigrammes de novocaïne, le tout dissous dans 2 centimètres cubes d'eau distillée. Jamais d'ailleurs nous n'injectons sous la conjonctive une aussi grande quantité de mercure ; nous nous contentons de 1 centimètre cube de la solution, ce qui donne 1 demi-milligramme de mercure. L'injection est faite à 1 centi-

mètre du limbe, là où nous désirons obtenir le maximum d'effet. L'injection détermine un soulèvement limité de la conjonctive, et, dans les heures qui suivent, une légère irritation. Quelquefois le malade se plaint de quelques douleurs oculaires ou périorbitaires parfaitement tolérables, du reste. Jamais, par contre, il n'a été relevé de réaction générale. La température ne s'élève pas du fait de l'injection. La résorption du liquide injecté est d'ordinaire rapide ; dans la majorité des cas, le deuxième ou le troisième jour, au plus tard, il ne reste plus trace de l'injection. Quelquefois, cependant, la résorption est plus lente : une petite boule d'œdème conjonctival peut persister cinq à six jours. Une seule fois est apparu un escarre, qui est survenu après la deuxième injection et qui s'est comblé en quelques jours.

En général, l'effet recherché est obtenu dès la première piqure ; quelquefois cependant est-on obligé de recourir à une deuxième, voire à une troisième injection. Nous ne conseillons guère de dépasser ce nombre, non pas tant par crainte d'accidents nécosants, mais simplement parce que l'effet recherché doit apparaître vite et que, s'il tarde à se produire, il y a tout lieu de croire au peu de succès de l'injection de cyanure.

C'est là, du reste, un fait sur lequel nous nous permettons d'attirer l'attention : si la pratique des injections sous-conjonctivales, qui a certainement été employée il y a quelques années d'une façon courante, a été quelque peu abandonnée, il n'y a à cela qu'une cause, à notre avis du moins, c'est qu'on a voulu leur demander plus qu'elles ne pouvaient donner. N'a-t-on pas été jusqu'à préconiser une injection tous les deux jours pendant des semaines. On courait ainsi à un double danger : les escarres, d'une part, et, d'autre part, l'obstruction cicatricielle de l'espace sous-conjonctival sur laquelle il a été beaucoup dit. Verderaine assure même qu'elle se produit avec des solutions au 1/5.000 dès la sixième ou septième piqure, rendant impossible toute nouvelle injection. Ces considérations ne sont bonnes à rappeler que pour montrer la nécessité de limiter le nombre des injections. Ce que nous recherchons, ce n'est pas tant un effet plus ou moins prolongé des sels de mercure : ce résultat serait obtenu avec moins de risques par des injections intra-veineuses ; mais, au contraire, une réaction extrêmement rapide portant son effet en quelques instants sur le segment antérieur menacé d'infection. Ou l'action

se produira telle que nous l'avons souhaitée, et il n'y aura pas lieu de revenir à de nouvelles injections ; ou, au contraire, on aura enregistré un échec, et la continuation d'injections ne modifiera en rien cet insuccès.

Ainsi se limitent les cas d'ophtalmologie où les injections de cyanure se recommandent à notre avis. Pour notre part, nous l'avons employé et nous les avons vues employées à la clinique d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu presque exclusivement dans les ulcères à hypopion et dans les plaies du globe menacées d'infection, que ces plaies soient d'origine traumatique ou opératoire.

Dans les cas d'ulcères à hypopion, le résultat recherché ne s'est d'habitude pas fait longtemps attendre : le plus souvent, dès la première injection, un hypopion de 2 à 4 millimètres de hauteur a été complètement résorbé en 24-48 heures. Très rarement, nous avons vu l'hypopion se reproduire les jours suivants et céder encore au mercure. Quelquefois une récurrence a été constatée deux à trois semaines plus tard ; une nouvelle injection de cyanure en a eu raison.

Dans les plaies par traumatisme, l'emploi des injections a été réservé au cas où il y avait une plaie largement ouverte, où le blessé venait se faire panser tardivement, où il y avait pénétration d'un corps étranger vraisemblablement septique. Dans les opérations de cataracte, de glaucome, d'iridectomie, à la première menace d'infection, soit parce que la cornée présentait un trouble diffus, que l'humeur aqueuse était trouble, soit parce qu'il existait au niveau de la plaie un léger degré d'infiltration, nous avons eu recours aux injections.

Il ressort de ces données rapidement exposées qu'il faut donc se servir des injections sous-conjonctivales plus pour prévenir une infection menaçante que pour la combattre une fois qu'elle est nettement constituée. C'est en se tenant dans ces limites seules qu'il faut escompter des résultats parfois heureux, parfois même surprenants.

Il va sans dire que nous nous garderons bien dans cette communication de chercher à exposer les raisons d'action du cyanure ainsi employé ; à savoir si, vraiment, la pénétration du mercure dans la chambre antérieure se fait plus ou moins vite et plus ou moins bien. C'est avant tout des faits que découlent les indications thérapeutiques que nous venons de rappeler.

Avant de résumer brièvement les observations que nous avons pu recueillir, nous ferons remarquer sans arrière-pensée que nous avons quelquefois constaté un insuccès complet. Nous le disons encore une fois pour qu'on sache bien qu'il faut s'attendre de temps en temps à rencontrer des cas où le cyanure est sans effet. C'est du reste l'exception.

Sur 12 ulcères de la cornée avec hypopion de 1 à 4 millimètres traités par le cyanure sous-conjonctival, 10 fois l'hypopion a disparu dans les 12 heures qui ont suivi la première injection ; deux fois l'hypopion a persisté plus longtemps ; une fois il a résisté à la deuxième et même à la troisième injection. Une autre fois deux injections ont été nécessaires pour en amener la disparition ; puis le malade est sorti de l'hôpital ; il est revenu huit jours après avec un nouvel hypopion que trois injections de cyanure n'ont pas réussi à faire disparaître.

Chez deux opérés on a eu recours à des injections de cyanure. Voici en quelles circonstances. Dans le premier cas il s'agissait d'une cataracte traumatique. Le cinquième jour après l'opération, on remarquait une légère infection au niveau de la plaie. Injection de cyanure aussitôt. Le lendemain, chambre antérieure trouble, forte réaction périkeratique, hyphéma, œil douloureux. Le septième jour, plus d'hyphéma ; le 21^e jour, apparition d'un hypopion de 3 millimètres de hauteur, injection de cyanure ; l'hypopion était en bonne voie de résorption au bout de 48 heures, mais il fallut une deuxième injection de cyanure pour le faire disparaître complètement. Seconde observation : opération de cataracte avec pont conjonctival. Au bout de 48 heures, on constatait un petit ulcère au niveau du limbe à la partie externe de la plaie, trouble diffus de la cornée et de la chambre antérieure, chémosis, le lendemain hypopion, injection de cyanure qui tarissait l'hypopion en 48 heures et tout rentrait dans l'ordre.

Deux blessures du globe ont aussi nécessité des injections de cyanure. La première fois, il s'agissait d'une large plaie sclérale à 1 centimètre du limbe ayant plus de 1 centimètre de longueur. La blessure remontait à plus de douze heures. Suture de la plaie. Il existait de vastes plaies palpébrales souillées de terre ; par prudence, injection sous-conjonctivale. A aucun moment l'œil n'a présenté le moindre signe d'infection. Par la suite, il s'est atrophié, est devenu douloureux ; il a été énucléé deux mois après

l'accident. La seconde fois l'examen faisait constater une plaie linéaire s'étendant sur tout le diamètre transversal de la cornée et débordant même jusqu'à la sclérotique. Bord de la plaie bien coapté, léger hyphéma, cataracte traumatique. Le malade sortait quelques jours après sa blessure. Il revenait un mois plus tard, infiltration au niveau de la plaie, hypopion atteignant le bord pupillaire. Il fut besoin de deux injections de cyanure pour obtenir sa disparition. Le malade mourait par la suite d'asystolie, alors qu'il attendait qu'on l'opérât de la cataracte.

Pour résumer, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes : les injections de cyanure sous-conjonctivales sont à préconiser dans des ulcères à hypopion tout au début ; dans les plaies du segment antérieur du globe, dès que l'on redoute la moindre infection.

Il y a intérêt à ne pas dépasser plus de trois injections, de deux en deux jours. Dans ces conditions, celles-ci seront bien tolérées et ne produiront en aucun cas de réaction générale.

LES KYSTES HYDATIQUES DE L'ORBITE

Par le docteur **ANICETO-SOLARES** (de Sucre, Bolivie).

I. — GÉNÉRALITÉS.

Les kystes hydatiques de l'orbite sont dus au développement, dans cette région, des embryons du *tenia echinococcus unilocularis*. On ne connaît pas de cas de kystes échinococciques multiloculaires (*tenia echinococcus multilocularis*).

Le *tenia echinococcus* est un petit ver très commun dans le tube digestif du chien, du chacal et du loup (Brumpt), où on le trouve à l'état de *ver adulte*. Par contre, chez le mouton, la chèvre, le chat, la panthère, le bœuf, le lapin, le cheval, l'âne, et trop souvent chez le porc (Brumpt), il est à l'état larvaire. On ne l'aurait jamais rencontré à l'état adulte chez l'homme. Pour la description du *tenia echinococcus* en état de complet développement, nous renvoyons le lecteur aux nombreux traités de parasitologie.

Les embryons n'ont d'autre chemin pour arriver dans l'orbite que la voie sanguine artérielle. Peut-être, faudra-t-il accepter un certaine préférence du parasite pour les muscles. Il est un fait assez général et bien connu en parasitologie que les embryons des vers à hôte intermédiaire aiment se développer dans le tissu musculaire (*cysticercus bovis*, *cysticercus cellulosæ*, *trichinella spiralis*, *tenia cenurus*, etc.). Cette circonstance permet de penser que généralement, peut-être toujours, le lieu de naissance des kystes hydatiques orbitaires est un des muscles extrinsèques de l'œil. Les muscles seraient le berceau de ces formations kystiques.

Mandour a soutenu la possibilité de pénétration des œufs de *tenia* à travers la conjonctive, où ils arriveraient mélangés avec les poussières de l'air. Nous ne pouvons accepter cette hypothèse. Pour que l'embryon hexacanthé soit mis en liberté, c'est-à-dire en état de se mouvoir librement, il faut que son enveloppe chitineuse disparaisse ; or, ce phénomène ne peut avoir lieu que dans les voies digestives, par l'action des sucs qui attaquent et dissolvent la chitine sans nuire à l'embryon. Peut-être trouverait-on là une explication des circonstances en vertu desquelles l'évolution du *tenia* se fait avec hôte intermédiaire. Dans la conjonctive ou ailleurs, l'embryon ne serait pas mis en liberté, il serait éliminé tout simplement comme quelque petit corps étranger, d'autant plus que le milieu alcalin (larmes) n'est pas favorable à la dissolution de la chitine.

Cet embryon hexacanthé si petit (25 μ de long et entre 12 à 13 μ de large) peut aisément traverser même des capillaires assez fins. Il a une forme globuleuse où plutôt ellipsoïdale, il est facile à reconnaître grâce aux crochets qu'il porte, disposés en forme de couronne radiaire autour de l'un de ses deux pôles, et dont le nombre est invariablement de six, c'est pour cela qu'on l'appelle *hexacanthé*.

Nous n'avons pas à insister sur les phénomènes du développement de cet embryon une fois qu'il s'arrête dans un endroit quelconque ; nous nous bornerons à rappeler qu'au bout de peu de temps le kyste, quoique petit, est déjà constitué par toutes ses parties caractéristiques. Il n'a qu'à poursuivre son accroissement.

Dès ce moment-là, sa structure est la suivante : 1° *Membrane*

cuticulaire, anhiste. Elle est la plus extérieure, car, on le sait, la couche adventice est une « réaction scléreuse de l'organe » Brumpt). Cette membrane cuticulaire contient des noyaux, dont la prolifération se faisant vers le dehors, sont seuls capables d'engendrer, d'après Dévé, les kystes exogènes (1) ; 2° *membrane proligère*, mince, contenant un grand nombre de noyaux, dont le bourgeonnement et le creusement donnent lieu aux *vésicules filles endogènes*, ne reconnaissant jamais une origine cuticulaire. Elles naissent toujours à l'intérieur même de la vésicule-mère, au dépens d'éléments divers émanant, en dernière analyse, de la membrane germinative (Devé) ; 3° *liquide clair* « eau de roche », contenant eau, chlorure de sodium, glycogène, inosite et *jamais d'albumine* tant que les *scolex* (têtes de ténia) sont vivants. Ce liquide contient assurément une *toxalbumine* qui ne diffuse qu'en trop minimes quantités à travers les parois kystiques. C'est cette toxalbumine qui produit les phénomènes, parfois très graves, d'*anaphylaxie*. Nous reviendrons plus loin sur cette question ; 4° Ce liquide contient aussi des *vésicules*, des *scolex* et des *crochets* ; les *scolex* sont des têtes de ténia, facilement reconnaissables à leurs crochets au nombre de 30 à 40, mais dans le liquide il y a aussi un grand nombre de crochets libres. Lorsqu'on le recueille et qu'on le laisse reposer, il se forme au fond du tube un précipité, le *sable hydatique*, constitué par des scolex et des crochets. Ce *sable* porté sous le microscope, entre lame et lamelle sans autre préparation, laisse facilement reconnaître les scolex et les crochets ; il en est de même lorsqu'on place une ou deux gouttes du liquide entre lame et lamelle. Cet examen si facile permet de faire un diagnostic exact et rapide. On comprend que la dissémination du liquide kystique, renfermant des vésicules et des scolex, produise l'infection secondaire (échinococcose secondaire).

Nous rappellerons la variété des kystes qui ne contiennent que du liquide et des vésicules, mais pas de scolex : ce sont les kystes appelés, depuis Laennec, *acéphalocystes* (α , privatif ; κεφαλή, tête, κύστις, vessie). Il semblerait que cette variété n'existe pas dans l'orbite, ou si elle y existe elle serait très rare. Nous n'en connaissons aucune observation.

(1) F. Dévé, Les vésicules hydatiques filles. Leurs origines. Leurs conditions pathogéniques, la *Presse médicale*, n° 45, août 1918.

II. — FRÉQUENCE. STATISTIQUES.

Les kystes hydatiques orbitaires, profonds ou superficiels, sont extrêmement rares dans la plupart des pays européens, sauf en Islande, *la terre des hydatides*. En Allemagne et en Angleterre ils seraient relativement moins rares qu'ailleurs. En France, en Espagne, en Italie, en Autriche, les cas sont très peu nombreux; d'ailleurs, si l'on excepte l'Islande, la maladie kystique en général n'est proprement pas une maladie européenne. Peut-être en Russie, dans les contrées où l'on fait l'élevage du bétail, la maladie existerait avec quelque fréquence.

Dans son remarquable ouvrage sur les tumeurs de l'œil et de l'orbite, le professeur Lagrange (1) fait allusion à 39 cas de kystes orbitaires hydatiques recueillis par Berlin jusqu'en 1880, « auxquels il nous est possible d'ajouter aujourd'hui 32 autres cas recueillis dans les divers périodiques ».

Dans l'Amérique du Sud, les kystes hydatiques sont d'une fréquence vraiment considérable dans la République argentine, comme nous le verrons plus loin. On les observe aussi dans l'Uruguay. Je n'ai pu recueillir des renseignements en ce qui concerne les autres pays de l'Amérique, mais elle doit y exister, car ce sont des pays à bétail pour la plupart.

Nous allons nous reporter, pour les données statistiques suivantes, à l'excellent ouvrage des professeurs argentins Herrera Vegas et Cranwell, dont la compétence en cette matière est très connue (2).

Quant à la Bolivie, nous trouvons dans l'ouvrage sus-indiqué, la note suivante : *Bolivie*, dans ce pays-là, la maladie n'est pas connue. Notre ancien camarade de l'internat, docteur Viana, nous écrit ceci : « Dans les départements de La Paz et Oruro les médecins les plus vieux ne se rappellent avoir jamais observé aucun cas. Pendant les années que j'ai exercé la profession dans le pays, je ne les ai pas observés non plus. »

Ces données concernant la Bolivie sont inexactes, car mon

(1) LAGRANGE, *Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*, p. 171.

(2) M. HERRERA VEGAS y CRANWELL, *Los quistes hidatídicos en la República Argentina*, 1901.

maître le docteur Nicolas Ortiz fit, vers 1896, le diagnostic d'un cas de kyste hydatique du foie et la ponction ne fit que confirmer ce diagnostic. Je possède aussi des renseignements sur le premier et seul cas de kyste orbitaire connu dans mon pays jusqu'à l'époque où j'observai le premier cas de ma pratique ophtalmologique. Je donne plus loin le résumé de ce cas (Ous. III).

Sans nul doute, le pays par excellence en Amérique, eu égard à l'hydatidose, c'est la République Argentine. Dans l'ouvrage déjà cité des docteurs Herrera Vegas et Cranwell, tous les cas connus en Argentine jusqu'à l'année 1901 sont indiqués. Le total atteint le chiffre énorme de 970, auxquels il faut en ajouter 15 autres découverts dans le laboratoire de l'Assistance publique de Buenos-Ayres, chez des sujets morts d'autres maladies et chez lesquels la rencontre des hydatides constituait une trouvaille d'autopsie. Au total, 986 cas, dans lesquels le foie occupe la première place avec 644 cas, le poumon la deuxième avec 68. L'orbite y figure avec 8 cas de la statistique personnelle des auteurs, 1 cas du professeur O. Wernicke et 12 cas du professeur Lagleyze; en tout, 21 cas. Cela fait un pourcentage d'un peu plus de 2 p. 100. Ces statistiques s'arrêtent à 1901.

Je dois encore indiquer d'autres chiffres concernant la République Argentine; je les ai obtenus grâce à l'obligeance des docteurs Adolfo Noceti et Alberto B. Cabaut, de Buenos-Ayres. A ces deux ophtalmologistes, j'exprime ici mon plus grand remerciement.

L'excellente thèse du docteur Cabaut, parue en 1903, indique un total de 35 cas de kystes orbitaires parmi 160.000 malades atteints de diverses maladies oculaires, soit une proportion de 1 p. 4.714. Dans le chiffre des 35 cas sus-indiqués sont compris les cas déjà cités dans l'ouvrage des docteurs Herrera Vegas et Cranwell, auxquels on doit en ajouter 1 autre observé par Cabaut en 1913 (Ous. IV, à la fin de ce travail) (1).

Les statistiques de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Buenos-Ayres, dirigée par le regretté professeur Lagleyze et son chef de clinique Noceti, nous donnent les chiffres suivants :

(1) ALBERTO B. CABAUT, *Quistes hidatídicos de la órbita*. Buenos-Ayres, 1903.

Année 1905, sur 2.902 malades oculaires, 1 cas ;

Années 1906-1907-1908, sur un total de 11.457 malades oculaires, 2 cas.

Totaux : sur 14.359 malades, 3 cas de kyste hydatique.

Voyons maintenant ma statistique personnelle. Elle se rapporte à mon service ophtalmologique d'hôpital et à mes malades de clientèle de ville. Sur un total de 2.135 malades d'yeux observés dans diverses localités de la Bolivie, je trouve 2 cas de kyste hydatique de l'orbite que j'ai opérés. Plus 1 cas opéré vers 1886 (Obs. III), cela fait 3 cas, ce qui donne une proportion de 1 p. 712. Dans ce chiffre de 2.135 malades sont comprises les amétropies.

Les totaux des cas de kystes orbitaires hydatiques connus, d'après les travaux que j'ai pu consulter, sont donc :

Cas indiqués par le professeur Lagrange	71
Cas de la thèse de Cabaut (dans laquelle figurent les statistiques Herrera Vegas et Cranwell, y comprise celle du professeur Lagleyze)	36
Statistique de la Clinique ophtalmologique de Buenos-Ayres, concernant les années 1905-1906-1907-1908 (Lagleyze et Noceti)	3
Cas du docteur Solares (y compris le cas du docteur Camó)	3
Encore 1 cas observés à l'Uruguay (thèse Cabaut, p. 4)	4
Total	117

Nous pouvons donc nous reporter à un nombre total de 117 cas connus. Les chiffres d'autres pays manquent. Il y aurait des cas épars par-ci par là. Par conséquent, il n'est pas possible de connaître le pourcentage exact de la maladie hydatique orbitaire, ni par rapport aux autres affections de l'appareil visuel, ni par rapport aux autres localisations des hydatides.

III. — ÉTIOLOGIE.

Les conditions étiologiques générales des hydatides ne doivent pas nous arrêter. La vie en commun avec les chiens, le métier, l'ingestion d'eaux, légumes ou fruits souillés, l'inspiration d'air dont la poussière contient des œufs de *tania* (?) lesquels peuvent arriver de cette façon dans la bouche et être avalés ; l'infection

des mains et de la bouche, surtout des enfants qui embrassent leur chien ou se laissent lécher par celui-ci, ne produisent pas d'autre résultat que de permettre aux œufs d'arriver dans le tube digestif et de pénétrer dans le torrent circulatoire. Mais pour que l'embryon arrive dans l'orbite il faut qu'il ait pu traverser l'intestin, passer par le foie, les poumons et le cœur et gagner l'aorte, et par les carotides atteindre l'artère ophtalmique et arriver dans l'orbite. C'est le hasard qui amène le petit parasite dans l'orbite et non pas ailleurs. Pour gagner cette région il doit faire un parcours assez long (artère ophtalmique, branche terminale de la carotide interne), mais une fois dans les capillaires orbitaires il trouve dans les muscles un terrain favorable et assez de place pour commencer à se développer sans gêne, au milieu des tissus mous de l'orbite.

Sexe et âge. — D'après la statistique de Herrera Vegas et Cranwell, l'hydatidose orbitaire existait chez 14 hommes et 7 femmes. Sur les 12 cas du professeur Lagleyze, indiqués dans le même ouvrage, il y avait 10 hommes et 2 femmes.

Dans les 2 observations que j'apporte, il s'agit d'une fillette de 6 ans et d'un homme de 36 ans. Le cas, opéré en 1886 par Camó, correspondait au sexe masculin.

Berlin indique une prédominance chez les hommes : 77 p. 100. D'après Dieu, sur 26 cas, il y avait 18 hommes. Panas, sur 44 cas, indique 30 hommes, 10 femmes et l'indication manque dans 4 de ses cas.

Cabaut indique dans sa thèse, sur ses 35 cas (1), hommes : 24 ; femmes : 13 et 2 dont le sexe n'est pas indiqué. D'après le même auteur, pour la statistique étrangère (71 cas indiqués par le professeur Lagrange et 4 cas connus à l'Uruguay), il y a 38 hommes, 21 femmes et 16 non spécifiés.

Des 3 cas de la statistique de la Clinique ophtalmologique de Buenos Ayres (années 1903-1906-1907-1908, Lagleyze et Noceti), 2 sont des hommes et l'autre 1 femme.

Le total de nos 117 cas connus se décompose ainsi : 63 hommes, 36 femmes, et 18 dont l'indication du sexe manque.

(1) Pour éviter des confusions, nous devons encore faire remarquer que dans les chiffres de Cabaut figurent les cas de Lagleyze, et d'autres indiqués dans le livre de Herrera Vega et Cranwell, déjà cité.

Quant à l'âge, je crois que l'avis de Herrera Vegas et Cranwell est très judicieux : « L'influence de l'âge n'a pas une grande importance. C'est une question d'exposition et non de prédisposition. Le plus grand nombre des cas se présentent assurément dans l'âge moyen de la vie, et toutes les statistiques sont d'accord sur ce point. » Mais les auteurs sus-indiqués parlent des kystes en général. Le nombre des cas de kyste orbitaire n'étant pas trop grand, on ne peut pas encore tirer des conclusions approximatives. Cependant, ces auteurs-là indiquent ceci :

De 4 à 10 ans.	4 cas.
De 11 à 20 —	7 —
De 21 à 30 —	8 —
De 31 à 40 —	2 —

En réunissant tous les cas dont j'ai pu retrouver l'âge j'ai constaté :

De 1 à 10 ans.	8 cas.
De 11 à 20 —	14 —
De 21 à 30 —	9 —
De 31 à 40 —	3 —
De 41 à 50 —	5 —
De 51 à 60 —	1 —

Le plus jeune des malades avait 2 ans et fut observé par le professeur Lagleyze ; c'est le même ophtalmologiste qui opéra le plus âgé des malades, un homme de 55 ans. Le malade de Jophe avait 50 ans. On voit que la maladie est bien plus rare chez le vieillard.

Traumatisme. — La généralité des auteurs admettent l'influence du traumatisme susceptible de déterminer la localisation du parasite (Lagrange, Herrera Vegas et Cranwell, Morgagni, Verneuil, etc.). Qu'il s'agisse d'extravasation sanguine, contenant l'embryon hexacanthé qui se fixe alors dans les tissus ; qu'il y ait vaso-dilatation consécutive avec ralentissement circulatoire qui permet au ténia de se fixer sur place, l'influence traumatique a souvent été mise en cause.

Je crois, d'après quelques cas connus, que l'action traumatique n'est pas tout à fait indispensable pour que le petit parasite

puisse se fixer dans l'orbite. Il suffit de connaître la prédilection des embryons de certains vers pour le tissu musculaire — entre autres tissus — pour comprendre que, lorsque ces embryons arrivent dans l'orbite, ils vont pouvoir s'y arrêter et se développer tout à leur aise. Autrement, comment comprendrait-on que les kystes hydatiques n'aient pas été observés à l'intérieur du globe oculaire, si souvent soumis aux traumatismes les plus variés ? Il se pourrait que le contenu intraoculaire soit contraire à la vitalité du parasite, mais ce fait est peu probant, surtout par comparaison avec le cysticerque, ce cousin germain de l'échino-coque.

Chez mes 2 malades, la recherche la plus soigneuse n'a pas permis de déceler l'influence d'un traumatisme quelconque.

Nous ne nions pas cette influence nous croyons plutôt que, en étant une cause adjuvante, elle n'est pas indispensable pour déterminer l'arrêt de l'embryon dans l'orbite.

Quant à la *prédisposition*, il faut donner à ce mot sa vraie valeur : *prédisposition* du fait du métier des malades ou de son genre de vie, qui les met en contact avec les chiens, *pépinière d'embryons hexacanthés*.

Il faut encore songer à la possibilité des kystes des cavités voisines (sinus, encéphale), propagés ou rompus dans l'orbite.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous n'allons pas consacrer à l'étude anatomo-pathologique des kystes hydatiques un long exposé. D'une part, nous ferons remarquer que sa structure est analogue à celle des kystes des autres régions de l'organisme, et d'autre part on trouvera maints détails dans les paragraphes consacrés à la symptomatologie et au diagnostic.

Le *siège* qu'ils occupent dans l'orbite est fort variable et ne constitue pas une particularité de ces formations pathologiques.

Le *volume* est dans ces tumeurs également variable ; le kyste peut être gros comme une aveline, une noix, un œuf de poule, une orange. Les plus volumineux n'ont pas dépassé la grosseur du poing.

Dans quelques cas, assez rares, on a trouvé les parois orbi-

taires déformées et même usées par la tumeur (communication avec les cavités voisines).

La *profondeur* qu'occupent les hydatides n'a rien de spécial ; cependant, dans la grande majorité des cas, elles sont plus profondes que superficielles : la tumeur occupe la partie la plus antérieure de la cavité.

La *forme* en est plus ou moins arrondie, ou piriforme, ou aplatie dans un sens ou dans l'autre. Quelquefois on a observé des dépressions, des irrégularités, des adhérences. Il n'y a pas d'adhérences à la peau ni à l'os. Les kystes sous-périostiques sont niés par la plupart des auteurs.

La destruction d'une partie plus ou moins grande du contenu orbitaire et même de l'œil, ont pu être observés, comme s'il s'agissait d'une tumeur des plus malignes.

Nous finirons en signalant que la membrane adventice est plus mince dans les kystes que nous étudions que dans les hydatides des autres régions de l'organisme.

V. — SYMPTOMATOLOGIE.

Nous devons considérer les symptômes de la période de début et ceux de la période de plein développement de la tumeur.

Début. — Il est des plus insidieux, aucun symptôme ne permet de soupçonner la naissance de ces tumeurs, même si elles sont superficielles, car leur petit volume et le manque de signe propre font passer leur début inaperçu. Nous verrons plus loin comment les troubles irritatifs du nerf optique semblent souvent provoqués par la présence d'une hydatide voisine ; mais, de par ce que nous savons, tant par nos propres observations que par les cas publiés, nous sommes en mesure de nous demander si certains troubles ophtalmoscopiques de la papille n'existent pas avec une certaine fréquence comme une des premières manifestations de la tumeur, encore petite, d'autant plus qu'il n'y a aucun processus hyperémique et même inflammatoire de la papille qui ne se traduise pendant longtemps par aucune perturbation de la fonction visuelle.

Si le kyste débute dans le sommet de l'entonnoir musculo-nerveux, des symptômes d'une importance inégale vont se montrer :

douleurs à type névralgique, sensation de lourdeurs, parésies musculaires, hyperémie de la papille, diplopie; baisse de l'acuité visuelle très rarement.

Des vertiges, du nystagmus, du délire, de la somnolence, de la photophobie, des tiraillements dans la profondeur de l'orbite, ont été signalés dans quelques observations. Ces troubles n'ont pas une valeur suffisante pour mettre sur la voie d'un diagnostic même de présomption.

Nous ne sommes pas fixés sur la durée de cette période de début et de symptomatologie incertaine. Elle a pu être courte dans quelques cas (1 mois, 2 mois, Schmidt; 3 mois, Terson).

Mais sans avoir la rapidité de croissance de certaines tumeurs malignes, les kystes hydatiques peuvent, dans certains cas, s'accroître avec une vitesse relative, en général plus grande que dans les tumeurs bénignes. Cette période de début n'est donc pas trop prolongée. En effet, quelques nouveaux symptômes, déjà d'une valeur plus grande, viennent s'ajouter, permettant, sinon de songer au kyste, du moins de songer à une tumeur orbitaire, sans que sa nature puisse encore être soupçonnée, car, nous allons le voir, il n'y a pas un seul signe propre au kyste.

Ces symptômes ont déjà une valeur plus grande, surtout par leur association. Mais il y en a deux, — surtout le second — d'une importance presque pathognomonique : l'*exophtalmie* et la *tumeur*.

L'importance de ceux-ci permet de diviser en deux périodes l'étude clinique des tumeurs orbitaires : exophtalmie sans tumeur apparente et exophtalmie avec tumeur apparente. Nous n'allons pas suivre cette forme d'exposition, et pour la plus grande clarté de cette étude nous analyserons successivement les divers symptômes d'après leur évolution.

PÉRIODE DE PLEIN DÉVELOPPEMENT DE LA TUMEUR.

Douleur. — Voici un signe important. Commençons par dire que ses caractères sont variables, son intensité inégale, et qu'enfin, elle fait défaut chez certains malades. Tantôt elle est précoce dans son apparition; tantôt elle est plus tardive; tantôt elle manque tout à fait. Chez quelques malades, la douleur

CAMPHO-CUIVRE

(Camphorate double de cuivre et de méthylpyrocatechine)

Le **CAMPHO-CUIVRE** est un succédané indolore (sans cocaïne) des sels de cuivre et remplace avantageusement les collyres aux sels de cuivre et cocaïne.

Efficacité remarquable dans les **TRACHOMES** et les **CONJONCTIVITES FOLLICULAIRES**.

Echantillons gratuits de **TUBES BLACHE** au **CAMPHO-CUIVRE** sur demande adressée à

A. CHAUVIN, Docteur en Pharmacie

AUBENAS (Ardèche)

Vente en gros :

PARIS

MICHELET & C^{ie}

43,

rue des Francs-Bourgeois

BRUXELLES

DELAERE & C^o

rue Villa Hermosa

DRAGÉES LYNX

Toniques et Dépuratives des YEUX

de **CATTET**

Pharmacies-

Calmistes

de 1^{re} classe.

CAUDRY

(Nord).



Les dragées Lynx sont souveraines pour fortifier : Vue, Nerf optique, Yeux et organes annexes voisins et, comme conséquence, souveraines contre : Tremblement, Tic d'Yeux et de Paupières, Faiblesse et Sensibilité de la Vue, Chute des Cils, Paupières Epaisées, Ronges et Collantes, Yeux lachés, Brouilles, Sanguinolents, Sabonneux, Granulations, Larmoiement, Scintillement, Inflammation du Nez, des Glandes lacrymales, qui entretiennent et éternisent les maladies d'Yeux.

Prix :

La Boîte 6 francs

avec mode d'emploi

Envoi franco

contre remboursement

PAR

C. CATTET

Pharmacien

A **CAUDRY** (Nord)

YEUX ARTIFICIELS

DOCTEUR COULOMB

28, Rue Vignon -:- PARIS

Renseignements & Bibliographie sur demande.

INSTRUMENTS D'OPHTALMOLOGIE

G. GUILBERT

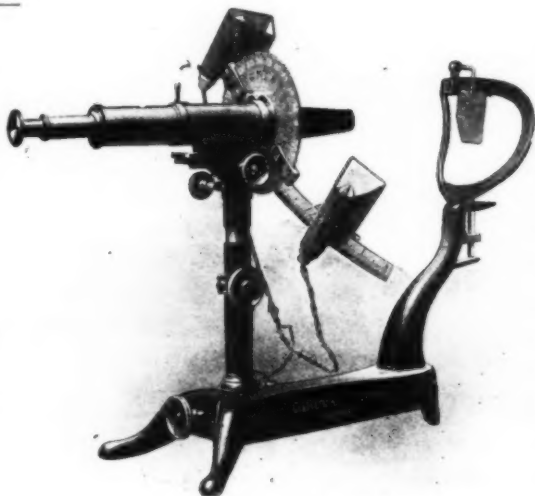
Successeur de L. Giroux

MAGASINS DE VENTE : 114, rue du Temple (*Direction centrale*) Téléph. : Arch. 51-35
et 19, rue de l'Odéon Téléph. : Fleurus 08-63

Usines de Pongelot (S.-et-M.) : *Optique*; de Vitry-sur-Seine : *Mécanique de précision*
et de Blois : *Fonderie de Fer et Bronze*

Derniers instruments parus :

Diploscope du Dr Rémy, modifié par François modèle à ligne de base variable, permettant des expériences précises pour tous les écartements pupillaires de 50 m. m. à 70 m. m.



Ophthalmoscope électrique sans reflets du Dr Baum, remis au point et muni des nouvelles lampes à fort éclairage. Livré avec pile sèche spéciale, cet instrument constitue actuellement l'ophtalmoscope électrique le plus pratique et le moins coûteux.

Tonomètre d'après le Prof. Schiotz, (voir figure ci-dessus), avec dispositif empêchant l'aiguille de tomber, quelle que soit sa position.

Photophore, à dispositifs multiples et interchangeables, du Dr R. Onfray.

Ophtalmomètre Javal et Schiotz, éclairage électrique, dernier modèle,

OPTIQUE MÉDICALE

Exécution rigoureuse des ordonnances de Messieurs les Oculistes en nos Magasins :
19, Rue de l'Odéon, Téléph. : Fleurus 08 63, 33, Bd. Haussmann, Téléph. : Central 05-93

Boîtes d'essai de montures lunettes et pince-nez permettant à l'oculiste de prescrire une monture parfaitement adaptée. Nous avons un service spécial dans chacune de nos maisons assurant une *exécution rapide et soignée* par l'entremise de la poste.

Catalogues ou notices envoyés sur demande

a pu disparaître à un certain moment, pour réapparaître plus tard. Son intensité variable est généralement assez considérable. Elle revêt le plus souvent le type névralgique ; chez quelques malades, son intensité devient véritablement terrible : lancinante, siégeant dans tout le territoire de l'ophtalmique ou d'une seule de ses branches, parfois dans toute la moitié de la tête correspondant au côté de l'orbite malade.

Il faut penser que la violence de ces douleurs n'est pas seulement d'origine mécanique ; nous croyons qu'il y a une influence de voisinage, mais d'ordre irritatif ou toxique local, et due à la nature particulière du contenu kystique. A l'appui de cette façon de penser, nous citerons le passage suivant du professeur Lagrange : « Le caractère de ces douleurs et leur violence, plus grande dans les kystes hydatiques, l'action chimique qu'ils exercent sur les parties voisines, tiennent sans doute, dans la pathogénie des phénomènes douloureux, une place qu'il est difficile de préciser. » (*Tumeurs de l'orbite*, t. II, p. 175.)

Cependant, et nous avons déjà signalé le fait, la douleur peut être peu intense et même ne pas exister ; la fillette de mon observation I n'avait pas eu du tout de douleurs. Chez le malade de l'observation II elle était à peine existante et ne se manifestait que de temps à autre. Le malade de de Wecker (*Therapeutica Ocular.*, Madrid, 1881, p. 579) n'avait eu aucune douleur. Des malades figurant dans la thèse de Cabault, celui de l'observation IV ne souffrait que de quelques élancements dans le rebord orbitaire inférieur, qui apparaissaient de temps en temps : des autres cas indiqués dans le même travail, 22 malades avaient des douleurs, et rien chez 9. La jeune malade du même auteur (obs. IV, à la fin de ce travail), éprouve quelquefois une douleur lancinante fugace dans le rebord inférieur de l'orbite. Un des malades de Lagleyze eut d'abord des douleurs, sans autre symptôme ; un mois après apparut l'exophtalmos.

On voit donc la variabilité de ce symptôme, tant dans sa fréquence que dans son intensité et ses caractères.

On doit encore indiquer le facies souffrant de certains malades, leur amaigrissement et l'insomnie, du fait des douleurs que leur occasionne la tumeur hydatique.

Paralysies. Diplopie. — Avec une fréquence assez grande, on observe soit des paralysies musculaires complètes, soit de simples

parésies. Ces perturbations de la motilité oculaire semblent d'une grande fréquence, peut-être constituent-elles un des signes si on le cherchait systématiquement, qu'on trouverait plus communément que l'indiquent les observations. A part leur fréquence, il n'est pas de caractères propres aux paralysies déterminées par les kystes hydatiques ; ni l'époque de leur apparition, ni leur marche, ni le muscle ou groupe musculaire intéressés n'offrent rien de spécial.

En faisant une étude comparative avec les paralysies d'autre origine, la classe que nous étudions serait caractérisée par leur apparition, dans une certaine mesure, *précocement*, avant que l'exorbitisme et la saillie tumorale permettent de reconnaître leur vraie cause. Dans ces périodes initiales, ces paralysies ne sont pas toujours décelables : il s'agit évidemment et surtout des *parésies*, la déviation oculaire n'étant pas encore manifeste et le signe fonctionnel *capital* de ces troubles, la *diplopie*, n'étant pas noté par les malades, et cela pour deux raisons : ou bien les malades ne s'aperçoivent pas qu'ils voient double, chose surtout possible parmi les gens de la campagne, souvent peu soucieux de l'état de leur vision ; ou bien la diminution de l'acuité visuelle dépendante de l'hyperémie papillaire (voir même papillite et atrophie optique) la font passer au second plan et la masquent.

A quoi tiennent ces relatives fréquence et précocité des paralysies ? Si l'on admet, comme nous sommes tentés de le croire, que le berceau des kystes est probablement les muscles, et si l'on tient compte des propriétés irritatives de leur contenu, action qui doit se faire sentir sur les filets nerveux voisins, le phénomène trouvera son explication la plus naturelle. Une fois que la tumeur a acquis un volume plus grand, il faut ajouter une autre cause pour s'expliquer ces troubles : l'influence mécanique, les compressions et même la destruction de certains organes (muscles ou nerfs).

Nous ne pouvons indiquer quelle est la fréquence de ces paralysies. Les divers auteurs qui se sont occupés de la question ne donnent pas de détails à cet égard ; chez des malades dont la vision était conservée, on n'a pas cherché systématiquement la diplopie, les autres symptômes de la maladie la surpassant en importance. Les antécédents signalés par les malades ne sont pas assez clairs en ce qui concerne cette diplopie.

Dans d'autres cas on constate une *déviatiou paralytique* (nous

ne voulons pas expressément dire strabisme paralytique). Cette déviation, liée à des perturbations musculaires, ou des filets nerveux moteurs de l'orbite, est plus ou moins considérable, parfois transitoire, dans quelques cas définitive, même après l'extirpation de la tumeur.

A côté de ces paralysies et de la déviation produite par des troubles nerveux ou musculaires, on doit placer la déviation mécanique du globe repoussé par le kyste, et la gêne de ses mouvements due à la difficulté produite par la masse tumorale. Ces deux perturbations, la première statique, la deuxième dynamique, peuvent être considérables et sont en rapport direct avec le volume du kyste. Sur 40 malades indiqués par divers auteurs, je trouve la déviation oculaire et la perte complète ou la limitation des mouvements oculaires chez 30 individus; elles n'auraient pas existé chez 3 sujets, et on ne l'indique pas dans 8 cas.

Exophtalmie. — Ce signe, commun à toutes les tumeurs de l'orbite, est en rapport, par sa direction avec la situation, et par son degré avec le volume du kyste. On l'observe dès que la tumeur commence son développement : mais, en disant cela, nous ne voulons pas dire qu'elle constitue un des signes du début, marquant la naissance du kyste ; nous voulons faire remarquer que cette tumeur, même petite, produit de l'exorbitisme, tout comme les autres tumeurs orbitaires.

Dans l'entourage du malade, on s'aperçoit que l'un des yeux *s'agrandit*, en général assez rapidement, en quelques semaines ou mois, puis l'œil se déplace hors de l'orbite : l'exophtalmos est constitué. La déviation du globe peut être directe ou oblique ; dans le premier cas, c'est que la tumeur occupe le sommet de l'orbite ou l'entonnoir musculo-nerveux ; dans l'autre elle révèle une néoformation plutôt latérale. On sait que la direction de l'exophtalmie est inverse du siège de la tumeur.

La prééminence du globe, l'impossibilité de fermer les paupières, la gêne des mouvements et d'autres symptômes secondaires tiennent à la propulsion et à la compression exercées par le kyste. A volume égal, les kystes de la profondeur donnent lieu à des symptômes plus exagérés que les kystes de la partie antérieure de la cavité orbitaire ; s'ils sont placés entre le globe et la paroi osseuse de la base, la déviation du globe l'emporte sur la saillie ou exophtalmie.

Par elle seule, l'exophtalmie n'indique que la présence dans l'orbite d'une néoformation qui occupe une partie plus ou moins grande de la cavité. Elle n'est pas pulsatile, elle n'est pas réductible, ni n'augmente par les efforts ou par la position penchée de la tête. Ce sont des signes négatifs d'une certaine valeur.

L'irritabilité de la conjonctive, l'éversion des paupières, l'épiphora, la dessiccation cornéenne et les ulcères kératiques, l'impossibilité d'occlusion palpébrale sont des conséquences de l'exophtalmie.

Bien que généralement le degré d'exorbitisme soit en rapport avec le volume du kyste, ce n'est pas une règle absolue : quelques kystes volumineux, en communication avec l'une des cavités voisines de l'orbite, ne se sont accompagnés que d'un exophtalmos modéré.

Tumeur. — Sauf les cas de kyste de la partie antérieure de l'orbite, la tumeur n'est pas décelable dès son début. Avant qu'elle soit appréciable, l'exophtalmie, la douleur, les paralysies, etc., se sont déjà montrées. Mais à un certain moment les téguments sont soulevés par une saillie tumorale qui va s'accroître parfois assez vite, parfois plus lentement, jusqu'à arriver à avoir le volume d'une grosse noix, d'un œuf de poule, d'une mandarine, exceptionnellement plus.

Le siège de la tumeur est fort variable, elle peut s'extérioriser dans n'importe quelle direction de la base orbitaire. Parfois elle refoule le globe de l'œil contre une des parois orbitaires ; plus communément elle produit de l'exorbitisme, en déviant le globe plus ou moins. On ne connaît aucun cas de kyste qui, s'étant développé à la base de l'orbite ait refoulé plus ou moins le globe vers la profondeur de la loge orbitaire.

Presque toujours la tumeur est globuleuse ou un peu cylindrique. Plus rarement elle est sillonnée par des brides, des épaississements de la capsule de Tenon, etc. Sa surface est lisse, régulière, ne présentant ni dépressions ni proéminences ; il n'y a exceptionnellement, que quelques adhérences à l'os : il s'agit alors de ces travées fibreuses dont nous venons de parler, produites surtout par des réactions organiques qui tendent à isoler la néoformation. Pas de battements, pas de réductibilité, pas de souffles, pas de frémissements, pas même de fluctuation bien évidente ; par

contre, la *rénitence* et l'élasticité de la tumeur sont assez nettes et peuvent donner l'impression d'une néoplasie solide.

La peau conserve ses caractères normaux (sauf inflammation secondaire aux ponctions); elle n'adhère pas au kyste; celui-ci n'est ni mobile ni déplaçable, cela tient à ce que la portion principale de la tumeur occupe une partie plus ou moins profonde de l'orbite.

L'exploration attentive du kyste montre un signe que je crois important : la palpation indique que le contenu est soumis à une grande pression, tellement que maintes fois on a cru qu'il s'agissait de sarcome et non d'une tumeur à contenu liquide. La paroi osseuse, dure, la capsule de Tenon, élastique, opposent sans doute une certaine résistance à l'expansion tumorale; mais, même sans ces circonstances, il semble que les kystes hydatiques aient toujours une pression élevée. Cela est dû à sa structure et à la nature particulière de son contenu. Dans certains cas, on a noté clairement un sillon qui délimite la tumeur et le globe oculaire.

La tumeur par elle-même est indolore. On aurait signalé une élévation de la température locale, signe sans grande importance.

On pourrait mettre à profit la *transillumination* dans certains kystes superficiels et aussi pour explorer l'état des sinus. On utilise la transillumination par contact (Cabaut).

Perturbations visuelles. — La *myopie* (compression latérale), l'*hypermétropie* (compression d'arrière en avant), plus rarement l'*astigmatisme*, parfois des troubles de l'*accommodation*, sont signalés dans quelques observations. L'*amétropie* est, de ce chef, unilatérale. Le *scotome* (Cabaut), les *photopsies* ont été signalés quelquefois.

Les troubles visuels les plus intéressants par leur importance et leur fréquence relative, dépendent des lésions du nerf optique : *papillite* ou *papillo-rétinite*, plus rarement, — voir exceptionnellement — on constate la *stase papillaire* (*Stauungspapille*). Ces troubles du nerf optique n'existent assurément pas chez tous les malades, mais nous sommes portés à croire qu'on les retrouve dans une proportion plus considérable que celles qu'indiquent les observations. Ceci s'explique aisément : parfois les lésions kératiques, le ptosis, l'épiphora masquent la diminution visuelle d'origine névritique; parfois, — et tous les ophtal-

mologistes le savent bien — des lésions papillaires peuvent ne pas s'accompagner pendant longtemps d'une diminution visuelle capable d'attirer l'attention du patient.

L'étude de ces perturbations papillaires mérite d'arrêter notre attention. A un moment variable de l'évolution du kyste, parfois dans les premiers temps, les malades s'aperçoivent que leur vision baisse, du côté malade. Cette diminution visuelle peut être légère ou plus intense, elle peut même aboutir à la suppression visuelle complète par *atrophie* optique. Des phosphènes, des scotomes, des mouches volantes, plus rarement le rétrécissement du champ visuel ou un scotome, et surtout la baisse de l'acuité visuelle, caractérisent cette perturbation au point de vue fonctionnel. Il ne faut pas oublier que l'intensité de ces symptômes n'est pas toujours en rapport avec le degré des lésions constatables à l'ophtalmoscope. Ces lésions sont en général celles d'une névrite optique : hyperémie papillaire, aspect flou de la papille et de sa circonférence, œdème de la rétine circumpapillaire, etc. Plus tard, la papille peut pâlir un peu, elle peut encore devenir blanche (atrophie), avec ou sans pigment dans ses contours, ses artères grêles, et les réflexes papillaires diminués ou supprimés : parfois, trouble du vitré.

La *stase papillaire* nous semble très rare. Hors l'opinion du professeur Lagrange, qui fait allusion aux cas de Terson et de Valude, la stase papillaire n'a pas été décrite dans d'autres cas. Sur les 35 malades (la plupart appartenant au professeur Lagleyze), cités par Cabaut, nous retrouvons la névrite indiquée chez 13 sujets, elle nous paraît probable chez 3 ; elle n'est pas indiquée chez 17 ; elle n'existait pas chez 1. Chez un autre on constata une excavation papillaire avec diminution visuelle ; mais après l'opération la vision s'améliora jusqu'à redevenir normale. Dans le dernier cas du docteur Cabaut (obs. IV, à la fin de ce travail), le fond de l'œil est normal et la vision parfaite. Parmi mes propres observations, il y avait papillite avec atrophie, dans le cas I. La lésion névritique est fort probable dans le cas II, si l'on en juge par la suppression visuelle absolue, l'examen ophtalmoscopique ayant été empêché par un leucome et l'infiltration kératique. Sur les 3 malades cités dans la statistique de la Clinique ophtalmologique de Buenos-Ayres (années 1905-1906-1907-1908), chez 2 la névrite existe et chez un elle n'est pas signalée. Au

total, sur ces 41 cas analysés, les altérations de la papille, évidentes 18 fois et fort probables 3 fois, donnent un pourcentage énorme : 50 p. 100 à peu près.

Le pronostic de ces lésions papillaires est variable : si la vision n'est pas totalement supprimée, elle peut être entièrement recouvrée ou très améliorée après l'extirpation de la tumeur; si l'atrophie est complète, la perte visuelle reste définitive.

Quant à la genèse de ces altérations, la compression y entre pour une large part. Mais un rôle fort important doit être attribué à l'influence de voisinage et d'ordre toxique et irritatif, exercée par l'infiltration lente mais soutenue, à travers les parois kystiques, du liquide renfermé dans la tumeur, action qui finit par produire la névrite. Les propriétés irritatives et l'action toxique de ce liquide sont bien connues; d'autre part, les phénomènes d'anaphylaxie en font témoignage. Si la névrite n'était engendrée que par une action mécanique, — compression, — elle serait aussi fréquente dans les autres tumeurs de l'orbite, ce qui n'est pas certain; de plus, la stase serait la forme prédominante et non la névrite simple.

Ces inflammations de voisinage sont si évidentes, que le professeur Lagrange s'exprime ainsi à leur sujet : « Il peut résulter de cette inflammation de voisinage une altération des muscles atteints de myosite interstitielle et perdant définitivement leur puissance (strabisme paralytique); les nerfs moteurs peuvent être également intéressés et à jamais compromis, mais les plus graves complications de cet ordre ont lieu sur le nerf optique. Non seulement il peut être distendu et comprimé, mais il présente souvent les signes d'une névrite, ainsi que l'étude ophtalmoscopique nous l'a déjà fait connaître. Dans un cas de Waldhauer il ne restait plus trace des tubes nerveux. Sans doute il suffit d'une compression soutenue pour que pareil résultat se produise, mais on s'accorde à penser que la nature du kyste hydatique expose particulièrement à de pareilles irritations de voisinage. » (*Traité des tumeurs de l'orbite*, etc., p. 179.)

Autres symptômes. — Le *chémosis* existe souvent; il peut aussi manquer, ou être léger ou intense, se localiser à la muqueuse du fornix ou envahir la portion bulbaire. En général et par sa chronicité, ce *chémosis* produit un épaissement de la conjonctive, dont les vaisseaux sont gros, tortueux, congestionnés. Dans

quelques rares cas, la muqueuse hypertrophiée, bourgeonnante, peut s'ulcérer et saigner, faisant croire à son envahissement par une néoplasie maligne.

L'*épiphora* est fréquente. Elle est sous la dépendance du déplacement subi par les paupières et les points lacrymaux ; elle peut avoir une origine réflexe (ulcère cornéen, etc.).

Les *lésions cornéennes* n'ont rien de particulier : exulcérations, ulcère serpigneux, etc. A signaler la possibilité de la *kératite neuro-paralytique* par compression ou destruction des branches du nerf ophtalmique. La perforation et toutes ses conséquences, l'hypopion, l'iritis, etc., peuvent se présenter ; ce n'est pas le cas habituel.

Nous signalerons des *anesthésies* comme une *éventualité possible*, quoique le fait n'ait pas été indiqué.

La *mydriase* accompagne les lésions du nerf optique : on la retrouve comme un des signes concomitants des atrophies de la II^e paire. Le *nystagmus*, la *photophobie*, la *somnolence*, le *glaucome secondaire*, apparus dans quelques rares cas, n'ont aucune valeur séméiologique ; d'ailleurs ils sont d'une pathogénie mal expliquée.

Parmi les symptômes négatifs, il faut savoir que l'*adénopathie* n'existe jamais à aucune période de l'évolution du kyste. Il n'y a pas de *déformations du squelette*, sauf les cas de communication avec les cavités voisines : les parois orbitaires peuvent être usées.

Symptômes généraux. — Certains malades subissent un retentissement sur l'état général ; nous nous hâterons de dire que cela tient presque exclusivement aux douleurs qu'ils supportent et dont l'intensité et la persistance troublent le sommeil et font diminuer l'appétit. C'est ainsi que l'amaigrissement, la pâleur des téguments et l'air souffrant peuvent exister.

L'*urticaire* n'est indiquée que très rarement. Il est sûr que des poussées de cet état anaphylactique passent souvent inaperçues.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Congrès de la Société française d'ophtalmologie.

(Suite et fin)

(9-12 mai 1921).

Compte rendu par G. Cousin.

COMMUNICATIONS (suite).

LEMOINE, OPIN et VALOIS. — *Un cas de rétinite hyperplasique (rétinite exsudative de Coats).*

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans atteint depuis l'enfance de myopie progressive et qui présentait en décembre 1919 à l'œil droit des symptômes d'iritis avec séclusion pupillaire et production d'un volumineux staphylome à la partie supérieure du limbe. L'œil gauche avait un aspect rappelant celui de la choroïdite tuberculeuse avec décollement rétinien partiel et présence d'un tractus de rétinite proliférante. L'œil droit fut énucléé; peu de temps après l'œil gauche devint le siège d'irido-choroïdite à marche aiguë avec production d'un staphylome antéro-supérieur identique à celui observé à droite. L'examen microscopique a permis d'identifier ce cas avec ceux décrits par Coats en 1912 sous le terme impropre, pour les auteurs, de rétinite exsudative. La maladie de Coats s'observe chez de jeunes sujets, elle est le plus généralement unilatérale. Actuellement son étiologie et sa pathogénie sont encore totalement inconnues.

GALLEMAERTS et KLEEFELD (Bruxelles). — *Examen microscopique du fond de l'œil vivant.*

Lorsqu'on procède à l'examen microscopique du fond de l'œil vivant à l'aide de la lampe à fente de Gulstrand on constate que, seul, le tiers inférieur du corps vitré peut être éclairé. Pour rapprocher de la face postérieure du cristallin l'image du fond de l'œil, il suffit de placer sur la cornée un verre de contact dont la face postérieure est fortement concave. L'application de ce verre amène l'image du fond de l'œil au niveau du tiers antérieur du corps vitré. On le place du reste comme un œil artificiel sans qu'il y ait besoin d'avoir recours à la cocaïne; il faut pour une bonne observation, que la pupille soit largement dilatée. Ce nouveau procédé ouvre un large champ d'investigation pour l'étude des altérations pathologiques du fond de l'œil.

DUFOUT (Alger). — *Sur la skiascopie.*

D... présente un modèle mécanique très simple destiné à rendre intuitive la théorie de la skiascopie. Il rattache, d'autre part, cette théorie à celle des diaphragmes qui dominent l'étude de tous les systèmes optiques.

KALT (Paris). — *Tissu adénoïde du cul-de-sac conjonctival supérieur et lymphome.*

K... a observé un homme de 69 ans, qui présentait une tumeur de la forme et du volume d'un noyau de datte dans le cul-de-sac supérieur d'un œil. C'était un lymphome pur sans connections avec la glande lacrymale, conjonctive non irritée, pas d'adénopathies ganglionnaires ni de tuméfactions de la rate. Un ans après l'ablation, pas de récurrence mais on retrouve une tumeur analogue dans le cul-de-sac supérieur de l'autre œil et une plus petite dans l'inférieur. Toujours pas d'adénopathies. L'examen du sang donne de l'hyperglobulie, de la leucocytose, une légère mononucléose et de la lymphocytose. On peut conclure qu'il s'agit ici d'une détermination locale, d'une altération générale révélée par des modifications sanguines.

Chez l'enfant, ces tumeurs peuvent prendre une allure suraiguë, simulant un phlegmon et entraînant la mort en quelques mois. Il semble donc bien que le tissu adénoïde des culs-de-sac soit un tissu spécial auquel la pathogénie permet d'attribuer des propriétés analogues à celle des tissus des ganglions lymphatiques.

TRANTAS (Constantinople). — *La velonoskiascopie et son utilité surtout pour la détermination des principaux méridiens de l'astigmatisme.*

Sera publié.

BETREMIEUX (Roubaix). — *Opération sur l'œil directeur dans le strabisme.*

B... opère presque tous les strabismes par une intervention sur l'œil directeur, respectant l'intégrité de l'appareil aponévrotique de l'œil dévié. Après une opération appropriée sur l'œil directeur rien n'est changé ni à l'aspect extérieur ni à la motilité de cet œil. Le désir d'une vision nette le maintient dans une position correcte dans toutes les positions du regard. Au contraire, quand on opère sur un œil qui louché, on ne sait jamais exactement ce que l'on fait car l'œil dévié reste toujours en équilibre instable à la merci d'une innervation de convergence mal dosée.

DELOD (Nîmes). — *Amblyopie par strabisme.*

D... apporte 35 observations de strabisme chez des enfants de 5 à 10 ans. L'amblyopie de l'œil dévié fut fortement améliorée par l'occlu-

sion de l'œil sain. Les conditions nécessaires pour obtenir ces bons résultats sont les suivantes : 1° enfants de 5 à 9 ans ; 2° port constant de lunettes, garnies d'un morceau de drap assurant l'occlusion absolue de l'œil sain ; 3° surveillance constante de l'enfant par ses parents pendant les premières semaines ; 4° durée du traitement : plusieurs mois, souvent plus d'une année. Les améliorations visuelles varient suivant les cas ; certains enfants ont obtenu jusqu'à 0,6 et 0,7 d'acuité visuelle. Elles sont permanentes si les lunettes ont été portées assez longtemps.

AUBINEAU (Nantes), croit à la réalité d'une amblyopie exanopsiale. L'amblyopie monolatérale dans un œil indemne de lésion et emmétrope coïncide toujours avec un strabisme latent ou avec un ancien strabisme. Il ne faut pas s'étonner qu'un strabisme jeune, qui n'a pu acquérir la fonction cérébrale de vision binoculaire et qu'en pareil cas l'amblyopie soit peu modifiable. Inversement, lorsque l'habitude de la vision binoculaire est constituée c'est la neutralisation qui est difficile à acquérir. On observe cependant des amblyopies consécutives à la paralysie des muscles de l'œil.

LAGRANGE (Bordeaux). — Au sujet des rapports de l'amblyopie et du strabisme, L. a eu l'occasion de se faire une opinion ferme en dépouillant les très nombreuses observations recueillies à l'hôpital des Enfants de Bordeaux. L. croit qu'il existe un rapport constant entre l'ancienneté de la déviation et la diminution de l'acuité visuelle, dans tous les cas où le strabisme est vraiment fonctionnel et n'appartient pas à la catégorie des strabismes par obstacle à la vision. Dans les strabismes proprement dits l'œil louche d'abord parce que le sujet est atteint d'un vice de réfraction ou qu'il n'a pas d'appétit pour la vision binoculaire ; ensuite, quand le strabisme est constitué, non alternant, l'acuité visuelle baisse peu à peu. Il est possible et même facile de relever l'acuité et de donner au sujet la vision binoculaire ; L. croit devoir sur ce point signaler à ses confrères les travaux faits par ses élèves Cosse (de Tours) et Ginestous (de Bordeaux).

ONFRAY (Paris). — Dans les résultats présentés par M. Delord, souvent le relèvement de l'acuité visuelle est faible ; or, on ne peut songer à obtenir de bons résultats pour la rééducation que si l'œil amblyope retrouve au moins 3/10 d'acuité visuelle.

MORAX (Paris) a déjà déclaré n'avoir jamais obtenu d'amélioration quand l'acuité visuelle de l'œil dévié était inférieure à 1/10. Dans les faits présentés par M. Delord, il y a un élément discutable, celui d'apprécier l'amblyopie chez un enfant de 3 ans.

JOCQS (Paris). — Si on n'est pas encore bien fixé sur les rapports de cause à effets entre l'acuité visuelle et la déviation de l'œil, il ne semble pas douteux que l'amblyopie de l'œil dévié, qui paraît toujours préexister au strabisme, s'améliore souvent par exercice après correction. Il ne s'ensuit pas, du reste, qu'un œil louche par cela seul qu'il est amblyope. La loi de Donders domine la pathogénie du strabisme.

BARRAQUER (Barcelone). — *Sur la phacoérisis.*

Depuis qu'il pratique l'extraction totale avec l'érisiphaque, B. a vu disparaître chez ses opérés de cataracte tous les accidents qui ont pour étiologie la persistance dans l'œil de la cristalloïde antérieure ou de ses résidus dégénérés, ou qui sont le résultat des pressions ou manœuvres faites pour extraire le cristallin. Voici actuellement son procédé opératoire : les règles d'asepsie doivent être des plus rigoureuses ; il faut, en outre, obtenir une dilatation pupillaire aussi complète que possible à l'euphtalmine et paralyser temporairement à la cocaïne l'orbiculaire selon la technique de Van Lint et Villard pour éviter toute pression de la part du malade. Le lambeau cornéen, taillé exactement dans le limbe, avec une petite languette scléro-conjonctivale au milieu, correspond aux 2/5 du périmètre cornéen. Si l'on craint une hernie de l'iris, on fait une petite iridectomie périphérique selon la méthode de Hess, en respectant le sphincter parce qu'il doit servir comme agent de réduction des fibres de la zonule. La ventouse est tout de suite adaptée à la cristalloïde antérieure, légèrement au-dessous de son centre. C'est à ce moment que l'on presse le bouton qui ouvre le vide ; la cataracte se colle à la ventouse en se déformant. Par suite de l'entrée d'une partie de la masse du cristallin dans la cavité de la ventouse, il résulte une rétraction équatoriale de cet organe mettant en tension les fibres de la zonule et provoquant ainsi leur rupture et la libération du cristallin. Avec douceur et lenteur on tourne l'érisiphaque de façon que le bord inférieur du cristallin, en frôlant la face postérieure de la cornée sorte le premier, et que la face postérieure de la cataracte devienne antérieure. Pendant la manœuvre de l'extraction l'œil doit rester libre, la paupière supérieure étant seulement soutenue en avant par un petit écarteur. A la fin de l'opération on instille dans l'œil de l'ésérine ; le myosis, en effet, est un bon agent réducteur pour les fibres de la zonule, d'autant que dans l'opération ainsi pratiquée, il n'y a plus à craindre la formation de synéchies postérieures, puisqu'il ne reste ni masses corticales, ni restes de cristalloïde. Le premier pansement n'a besoin d'être refait qu'au troisième jour.

R. DAULNOY (Cannes). — *Un cas d'hypopion et d'irido-cyclite au cours d'une méningite cérébro-spinale.*

Chez un enfant de 45 mois brusque méningite cérébro-spinale bien caractérisée ; 4 jours après, hypopion de l'œil droit qui disparaît après trois jours de traitement local par instillations de dionine et de sérum antiméningococcique. Après 45 jours d'injections rachidiennes journalières de sérum, guérison apparente de la méningite. Huit jours plus tard, récurrence de tous les symptômes avec irido-cyclite de l'œil droit et désorganisation du corps vitré. Paralyse des membres du côté droit. Quelques jours après, paralysie du pharynx et du larynx. Mort un mois après le début de la maladie.

F. TERRIEN (Paris). — Les observations d'irido-choroïdite au cours de la méningite cérébro-spinale sont relativement fréquentes. J'ai même rapporté un cas où l'irido-choroïdite précéda de quelques jours les symptômes méningés et où l'examen du sang seul révéla la cause de l'irido-choroïdite en démontrant la présence du méningocoque. Les points intéressants à retenir de cette variété d'irido-choroïdite sont tout d'abord la rapidité (on pourrait presque dire la soudaineté) de son apparition; la présence presque constante de l'hypopion; le peu d'intensité des phénomènes réactionnels et la gravité du pronostic. Dans tous les cas, assez nombreux, que T. a pu observer à l'hôpital des Enfants-Malades, il a toujours pu constater l'hypotonie rapide et définitive du globe avec organisation du vitré et perte complète de la vision, et cela en dépit de tous les traitements, même après l'injection du sérum anti-méningococcique dans la chambre antérieure qui favorise la résorption de l'hypopion.

ROLLET (Lyon). — L'irido-choroïdite de la méningite cérébro-spinale a une allure lente et fatale. La douleur, la rougeur, entre autres, font habituellement défaut. Elle conduit toujours à la perte de la vision; dans certains cas l'affection est bilatérale; elle amène alors la cécité.

FAGE (Amiens). — *L'exentération de l'œil et l'ophtalmie sympathique.* (Voy. ces Archives, même année, p. 391.)

LAGRANGE (Bordeaux). — L'exentération est l'opération de choix dans la panophtalmie; elle est simple et très efficace quand elle est bien faite et il est facile de bien la faire. Mais il ne convient pas de la substituer à l'énucléation quand on redoute l'ophtalmie sympathique; dans ces cas-là il n'y a jamais de suppuration car il y a opposition entre la production de pus et le développement de l'ophtalmie sympathique. Il n'y a vraiment aucun danger à faire l'énucléation; on évitera ainsi l'emprisonnement des nerfs ciliaires dans le moignon scléral et on supprimera une cause d'irritation très importante. En attendant que l'on connaisse mieux la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, gardons contre elle l'énucléation préventive de l'œil sympathisant.

DUVERGER (Strasbourg). — En examinant des yeux énucléés pour ophtalmie sympathique, D. a pu constater que les nerfs et les vaisseaux sanguins du segment postérieur de l'œil étaient le siège d'inflammation manifeste; il y a donc toutes raisons à pratiquer l'énucléation en cas de menace d'ophtalmie sympathique et non l'exentération.

ROLLET (Lyon). — L'énucléation n'a jamais été dangereuse dans la panophtalmie à condition que l'on draine.

JACQS (Paris) accepte l'exentération dans beaucoup de cas, mais lui préfère l'énucléation lorsque la région ciliaire a été blessée. Une cicatrice en ce point est dangereuse, même après plusieurs années.

DOR (Lyon). — Les résultats opératoires qu'il a pu observer à Nancy pendant la guerre chez les opérés de Rohmer, lui ont paru incontestablement bien meilleurs chez les énucléés que chez les exentérés. D. cite,

en outre, l'observation d'un homme qui, menacé d'ophtalmie sympathique, refusa l'opération et fut guéri néanmoins par le salicylate de soude à haute dose.

AUBARET (Marseille). — *Indications de la cure radicale des dacryocystites.*

Il s'agit d'un procédé d'extirpation du sac avec drainage nasal à travers l'unguis et la gouttière osseuse unguéo-maxillaire. Les méthodes anciennes et récentes de trépanation avec ouverture du sac lacrymal vers le nez, dans le but de rétablir le cours des larmes, n'ont souvent pas de résultats durables. Elles n'agissent d'ailleurs qu'en établissant et facilitant un drainage d'un sac lacrymal distendu, purulent et dégénéré. La cure radicale est ainsi dénommée par analogie avec la cure radicale des sinusites. Il y a parallélisme entre l'anatomie et la pathologie lacrymales. On aura recours à la cure radicale dans les cas d'absence, d'impéforation ou d'étroitesse du canal nasal et dans tous les cas où l'abouchement du sac avec la muqueuse nasale à travers l'unguis n'aura pas donné une guérison définitive.

DAULNOY (Cannes). — Très souvent c'est une hypertrophie de la muqueuse nasale qui, en oblitérant l'orifice inférieur du canal lacrymal, provoque le larmolement.

JOCOS (Paris) explique le faible larmolement après la destruction des voies lacrymales par ce fait que ces voies sont surtout destinées à évacuer la surabondance des larmes, émotives ou défensives quand l'œil est irrité. L'évaporation suffit à épuiser les larmes normales destinées à la lubrification de l'œil.

F. TERRIEN (Paris). — *Étiologie de certaines formes de névrite rétro-bulbaire.*

Les causes de la névrite rétro-bulbaire sont multiples et bien souvent on ne trouve aucune cause précise. Sur environ 200 observations réunies par T., personnelles ou recueillies dans la littérature, 42 fois l'étiologie ne peut être précisée.

On pensera tout d'abord, en pareil cas, à la possibilité de scléroses multiples, en particulier à la sclérose en plaques, d'autant plus que la névrite peut précéder de plusieurs mois et même de plusieurs années l'apparition des symptômes généraux. T. en rapporte deux observations. Les éléments de diagnostic en faveur de la sclérose en plaques sont en plus des symptômes habituels de la névrite rétro-bulbaire : l'intermittence des troubles visuels au début, la dissymétrie des lésions sur chaque œil, souvent même leur unilatéralité dans près des 3/4 des cas et les troubles de motilité, en particulier le nystagmus et les secousses nystagmiformes.

Dans 12 observations la syphilis devait être incriminée et trois caractères semblent propres à cette variété de névrites : son apparition

souvent brusque, avec douleurs rétro-oculaires assez vives; son unilatéralité fréquente au début et des modifications de la périphérie du champ visuel. Dans une observation de l'auteur suivie avec le docteur Watelet, chez une fillette de 13 ans, la névrite devait être rapportée à la syphilis héréditaire. Il s'agit toujours d'une manifestation relativement tardive, nullement secondaire à une méningite gommeuse de la base, si fréquente dans la syphilis, mais consécutive à l'intoxication de l'économie par le virus syphilitique.

Une étiologie, peut-être pas assez souvent recherchée, réside dans les altérations sinusiennes du sinus sphénoïdal, dont la paroi osseuse qui le sépare du nerf est souvent d'une minceur extrême et présente souvent des déchiscences. Dans un cas observé avec le docteur Hautant, la ponction du sinus améliora l'acuité visuelle et cette trépanation, inoffensive, sera toujours pratiquée, si l'on a des raisons de supposer l'existence d'une inflammation sinusienne, d'autant plus que celle-ci est souvent latente, demeure méconnue et révélée seulement à l'autopsie. Dans 1/5 des cas on constatait en même temps qu'un agrandissement très marqué de la tache aveugle des rétrécissements périphériques en secteur du champ visuel et, dans plus de la moitié des cas, les lésions demeurent unilatérales. Peut-être le refroidissement et le rhumatisme, si souvent incriminés dans l'étiologie des névrites rétro-bulbaires, n'interviennent-ils qu'indirectement en déterminant une violente inflammation de la pituitaire et de la muqueuse des cavités sinusiennes.

Enfin dans une observation suivie par T., avec le docteur Netter, chez une fillette de 12 ans, où l'affection était apparue brusquement à trois reprises, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, l'examen du sang révéla une diminution de moitié dans la proportion des globules rouges et trois fois plus de globules blancs. Un traitement général dirigé contre l'anémie améliora beaucoup la malade et on devra toujours songer à cette éventualité en l'absence d'étiologie précise.

DE SAINT-MARTIN (Toulouse). — *Névrite rétro-bulbaire aiguë, unilatérale, d'origine dentaire.*

L'étiologie dentaire d'une affection intra-oculaire, ou orbitaire, ne peut s'établir que sur des conditions de grande probabilité et à l'exclusion des autres causes plus fréquentes. L'auteur rapporte un cas de névrite rétro-bulbaire à marche rapide dont la guérison complète et définitive a succédé à l'ablation des deux prémolaires du côté correspondant, alors que les racines baignaient dans le pus alvéolaire, chez une malade exempte de toute affection aiguë, chronique ou sinusienne. La relation de cause à effet paraît ici évidente et la pathogénie invoquée comme la plus vraisemblable à défaut de preuves anatomo-pathologiques consiste dans une « méningite optique » due à l'infection propagée par voie veineuse ou lymphatique.

MM. MORAX, LAGRANGE, JEANDELIZE sont d'avis que la cause de beaucoup la plus fréquente est la syphilis.

M. WEIL (Strasbourg) incrimine surtout la sclérose en plaques.

M. DOR (Lyon) est étonné qu'on ne donne pas une place plus importante à l'origine dentaire; c'est une notion devenue courante en Amérique qu'en cas de névrite rétro-bulbaire il est toujours nécessaire de pratiquer une radiographie pour dépister les lésions alvéolaires. Il n'est pas nécessaire, en effet, que le malade souffre des dents pour qu'on ait l'attention attirée de ce côté. Quant à la sclérose en plaques, sans doute, elle existe dans la névrite rétro-bulbaire, mais c'est la lésion dentaire qui détermine la névrite et la sclérose en plaques n'apparaît que secondairement, par propagation de l'infection au cerveau.

DOR (Lyon). — *L'irido-cyclite grave par leucorrhée chez les jeunes filles.*

D. rapporte l'observation de trois jeunes filles qui furent atteintes d'irido-cyclite à la suite de leucorrhée. Sans doute cette pathogénie peut être discutée, d'autant plus qu'il n'existe pas de preuves expérimentales. Cependant, c'est l'opinion de D., que la leucorrhée est très souvent la cause de l'irido-choroïdite chez la femme, mais lorsque la femme est mariée et qu'elle se soigne l'infection métastatique est plus bénigne. Pour aboutir à la cécité il faut une leucorrhée abandonnée à elle-même sans aucun soin, comme cela peut en être le cas chez la jeune fille.

C. FROMAGET (Bordeaux). — *Disparition d'accidents glaucomateux aigus par l'injection rétrobulbaire d'adrénaline et de novocaïne.*

L'emploi chez les malades atteints d'accidents glaucomateux aigus d'injections rétrobulbaires de novocaïne-adrénaline a donné les résultats suivants : elle détermine une anesthésie complète, permettant d'opérer les yeux atteints de glaucome aigu ou d'uvéite en pleine acuité. Elle remplace avantageusement la narcose; elle amène une disparition des accidents glaucomateux en abaissant l'ophtalmotonus. Cette propriété décompressive paraît due à l'action locale de l'adrénaline sur les artères ciliaires postérieures. Cette action amènerait une vaso-constriction rapide qui déterminerait à son tour une ischémie de la choroïde et cette diminution de la masse sanguine choroïdienne se traduirait par un abaissement de l'ophtalmotonus. L'injection rétrobulbaire réalise ainsi une véritable expérience analogue à la ligature des artères ciliaires.

M. BAILLIART (Paris). — Les faits rapportés par M. Fromaget sont intéressants, bien que l'action de l'adrénaline sur l'œil donne souvent des résultats très différents.

ABADIE (Paris) a obtenu des résultats identiques à ceux signalés par M. Fromaget avec des injections rétro-bulbaires de novocaïne sans adrénaline.

Cousin (Paris) a eu à examiner ces jours-ci un cas de glaucome aigu bilatéral. Le Schiötz donnait 90 de tension des deux côtés. Une injection rétro-oculaire de 1 centimètre cube de novocaïne à 40 p. 100 contenant une goutte d'adrénaline n'a amené aucune modification de la tension.

C. FROMAGET croit utile d'employer une solution à 2 gouttes d'adrénaline par centimètre cube et d'injecter au moins 3 centimètres cubes pour bien imprégner les artères ciliaires postérieures.

A. VAN LINT (Bruxelles). — *Blépharospasme guéri par injection d'alcool au rebord inféro-externe de l'orbite.*

A. VAN LINT communique l'observation d'une malade traitée de blépharospasme essentiel par une injection d'alcool au rebord inféro-externe de l'orbite. La technique est la même que celle suivie par V. L. pour obtenir la paralysie temporaire des paupières dans l'opération de la cataracte. Elle présente sur l'injection d'alcool du nerf facial à l'apophyse styloïde l'avantage de limiter la paralysie au muscle orbiculaire des paupières et de ne pas produire une paralysie complète, source de grands dangers pour le globe oculaire.

DUPUY-DUTEMPS (Paris). — Malheureusement les effets obtenus avec les injections d'alcool ne persistent pas et, si on les renouvelle, on a des résultats de moins en moins persistants.

L. GENET (Lyon). — *Paralysie bilatérale de l'accommodation sans troubles pupillaires.*

La paralysie bilatérale de l'accommodation sans troubles pupillaires ne se rencontre que dans un petit nombre d'affections et pose l'existence d'un centre cortical individualisé. Dans les formes pures de ce syndrome il n'existe aucun autre trouble pupillaire; souvent cependant il se complique d'inégalité pupillaire, de strabisme, de diplopie, de phénomènes généraux. Aux caractères de bilatéralité, d'absence de troubles pupillaires, il faut joindre la soudaineté de son apparition; c'est brusquement que le sujet s'aperçoit que la lecture est devenue impossible. La paralysie de l'accommodation se rencontre dans la diphtérie, dans le botulisme; Parinaud l'a signalée dans un cas de tumeur cérébrale. Il a été décrit dans le diabète, mais c'est surtout dans l'encéphalite léthargique qu'il prend toute son importance. Dans les formes graves avec phénomènes généraux il aidera le diagnostic, il fera éliminer la méningite tuberculeuse où la paralysie de l'accommodation n'est jamais bilatérale d'emblée et s'accompagne de mydriase. Dans les formes légères, ces symptômes permettront d'éliminer la syphilis des centres nerveux, parce qu'ici encore la paralysie de l'accommodation est unilatérale et s'accompagne de mydriase. La constatation isolée de ce symptôme pose le problème du centre cortical de l'accommodation; les substances toxico-infectieuses qui engendrent la paralysie ne sauraient agir sur le nerf ou sur les centres mésentencéphaliques avec la brusquerie et la bilatéralité

décrites sans laisser diffuser leur action sur les fibres pupillaires ou sur les fibres de la motilité des globes; en présence des formes pures il faut admettre l'existence d'un centre isolé siégeant entre la protubérance et la corticalité.

A. BICHON (Angers). — *Luxation bilatérale spontanée du cristallin.*

Sera publié *in extenso*.

CH. ROCHE (Marseille). — *Luxation bilatérale du cristallin dans la chambre antérieure.*

Sera publié *in extenso*.

TRANTAS (Constantinople). — *Sur l'opération du trichiasis de la paupière supérieure.*

Au lieu de pratiquer l'extirpation totale du tarse, T. enlève par la voie cutanée la presque totalité de la moitié inférieure du tarse en le détachant de la conjonctive qui reste intacte. De cette façon, il évite le lagophthalmos et les cicatrices conjonctivales et même les adhérences conjunctivo-cornéennes.

LAVAT. — *Un cas d'idiotie amaurotique familiale.*

Présentation d'un jeune enfant qui se trouve à un stade avancé de dégénérescence cérébrale avec vision réduite à une faible perception lumineuse. Des deux côtés lésions maculaires typiques : disque blanchâtre, un peu plus grand que la papille, au centre duquel se détache en rouge foncé la fovéa.

DEPUY-DUTEMPS et BOURGUET (Paris). — *La dacryo-cysto-rhinostomie plastique et ses résultats.*

Dupuy-Dutemps et Bourguet ont déjà publié ce procédé pour la cure du larmolement et de la dacryocystite; il consiste à aboucher directement à travers une brèche de la gouttière lacrymale le sac lacrymal et la fosse nasale en suturant l'une à l'autre les deux muqueuses pour éviter l'oblitération cicatricielle qui se produit avec les autres procédés.

Dans les 40 cas opérés depuis plus de deux mois, les résultats ont été les suivants : en aucun cas la dacryocystite n'a récidivé; 3 fois l'oblitération de l'orifice s'est produite dès les premiers jours. La perméabilité anatomique a persisté dans tous les autres cas, dont 43 avec guérison complète du larmolement et perméabilité physiologique contrôlée.

Jocqs (Paris). — La disparition absolue et définitive du sac dilaté étant obtenue par d'autres procédés plus simples, J. voudrait savoir si par la dacryo-cysto-rhinostomie il y a lieu d'espérer le même succès dans

tons les cas de dacryocystite, quel que soit le volume de la tumeur lacrymale.

AUBARET (Marseille). — Dans ces procédés qui ont pour but de mettre les voies lacrymales en rapport avec les fosses nasales, les résultats immédiats sont très bons, mais au bout d'un certain temps le larmoieusement réapparaît.

LEMOINE (Nevers). — L'infection du sac continue-t-elle après l'opération ?

WEIL (Strasbourg). — M. Dupuy-Dutemps a-t-il recours à son procédé chez un malade qui va être opéré de cataracte ?

AUBINEAU (Nantes). — M. Dupuy-Dutemps a-t-il pu constater par où l'argyrol arrivait dans le nez ; si après l'opération il ne passait pas malgré tout par le canal nasal.

M. DUPUY-DUTEMPS ne fait jamais la dacryo-cysto-rhinostomie chez les malades opérés de cataracte ; l'examen des fosses nasales a permis de constater que le liquide passe toujours par l'orifice créé.

ROLLET (Lyon). — *Indications et technique de l'extirpation du sac lacrymal à la rugine.*

Voy. ces Archives, même année, p. 257.

DEVERGER (Strasbourg). — Au point de vue des interventions sur le sac, il faut envisager trois formes d'extirpation : l'extirpation dans la loge, comme vient de la décrire M. Rollet ; le point de repère est le ligament palpébral ; l'extirpation avec la loge, après péricystite : le point de repère est l'os ; l'extirpation, comme s'il s'agissait d'une tumeur, extirpation en bloc du sac et des parties avoisinantes comme cela se produit dans les fistules ou dans les vieilles infections surtout tuberculeuses.

S. LOFRUSCIO (Naples). — *Amblyopie et amaurose dans l'ankylosiome duodénale.*

Rapporte deux observations où l'ankylose duodénale a déterminé une névrite rétro-bulbaire, toxique, aiguë, bilatérale.

MORAX et FOURRIÈRE (Paris). — *Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la pratique hospitalière.*

L'opération de Lagrange a fait ses preuves dans le traitement du glaucome chronique et subaigu, mais on discute encore l'efficacité de différents procédés techniques préconisés pour l'excision sclérale et la réalisation de la cicatrice fistuleuse sous-conjonctivale. Dans le service de Lariboisière où une moyenne de 50 sclérecto-iridectomies sont pratiquées chaque année, l'excision sclérale a été réalisée avec les ciseaux (Lagrange), avec l'emporte-pièce (Holth), ou avec le trépan (Elliott). Cette dernière technique plus facile tend à se substituer aux deux autres et il importe de juger par la comparaison des résultats éloignés de sa.

valeur thérapeutique. M. et F. ont pu réunir les observations de 89 opérés qui ont été suivis pendant plus de deux ans et chez lesquels la tension oculaire a été plus ou moins régulièrement déterminée par l'examen tonométrique. Ces 89 malades avaient été opérés : glaucome aigu : 45 fois ; glaucome subaigu ou chronique : 63 fois ; glaucome secondaire : 10 fois ; glaucome infantile, 1 fois. Dans 15 cas de glaucome aigu il a été pratiqué 12 Holth et 3 Elliott. Dans tous ces cas la tension oculaire a été ramenée à la normale. Chez 63 malades atteints de glaucome subaigu ou chronique, dont plusieurs binoculairement, 12 yeux ont été traités suivant la technique de Lagrange, 22 suivant la technique de Holth et 41 suivant la technique d'Elliott. Au point de vue de la cicatrisation, il a été obtenu : Lagrange : 3 cicatrices fistuleuses, 9 cicatrices planes ; Holth : 6 fistuleuses et 16 planes ; Elliott : 22 fistuleuses et 19 planes. En ce qui concerne la tension oculaire, les déterminations faites de deux à neuf jours après l'opération ont donné les résultats suivants : Lagrange, tension normale : 12 opérés ; Holth, tension normale : 19, hypertension 3 ; Elliott, tension normale : 41 opérés, hypertension 4. Le seul cas de glaucome infantile opéré suivant la technique de Lagrange a conservé son hypertension. La fréquence des complications tardives survenant chez les malades opérés de sclérecto-iridectomie a été fortement exagérée. L'érosion de la cicatrice fistuleuse et l'infection iridociliaire s'observent quelquefois. M. et F. l'ont observé 4 fois sur le nombre de leurs opérés dont le chiffre dépasse 500. Il s'agissait dans les quatre cas de sujets opérés par trépanation.

MORAX (Paris). — *Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la pratique privée.*

Les conditions dans lesquelles les glaucomateux se présentent dans la pratique privée ne sont pas semblables à celles qu'on observe chez les glaucomateux de l'hôpital. Dans 10 cas de glaucome aigu, la sclérecto-iridectomie a été pratiquée d'emblée (3 Lagrange, 3 Holth, 4 Elliott). Deux fois seulement a été obtenue une cicatrice fistuleuse. Chez 9 opérés suivis de 2 à 5 ans, la tension s'est maintenue dans les limites normales et la fonction visuelle a été conservée. Mais dans l'ensemble des cas il n'a pas été obtenu un meilleur résultat que celui produit par la simple iridectomie. Chez 3 malades opérés par iridectomie, la scléro-iridectomie a été pratiquée de nombreuses années plus tard, quand une hypertension oculaire à un type chronique se fut développée. C'est là une conduite que M. croit devoir conseiller. La sclérecto-iridectomie a été pratiquée chez 54 malades atteints de glaucome aigu, subaigu ou chronique (8 Lagrange, 42 Holth, 34 Elliott). La cicatrice présentait les caractères suivants : Lagrange : 5 planes, 3 fistuleuses ; Holth : 4 planes, 4 fistuleuses ; Elliott : 5 planes, 11 fistuleuses. En ce qui concerne la tension et le maintien du *statu quo* fonctionnel on peut constater 28 bons résultats, 3 passables, 4 mauvais.

ABADIE (Paris) n'admet pas qu'il puisse exister des cicatrices fistu-

leuses, c'est pourquoi il reste partisan de l'iridectomie; le seul avantage qu'il reconnaît à la trépanation, c'est de rendre l'iridectomie plus facile dans les cas de grosse hypertension.

BONNEFOY (Bordeaux). — C'est une cicatrice poreuse qui s'établit, permettant au liquide de passer dès que l'hypertension joue.

AUBARET (Marseille). — Il n'y a pas à proprement parler de fistule dans le Lagrange, mais un pincement des éléments endothéliaux.

LAGRANGE (Bordeaux). — Il ne croit pas qu'il faille faire la scléro-iridectomie dans le glaucome aigu; l'iridectomie seule convient; si elle ne suffit pas, plus tard, à froid, il est facile de faire la sclérectomie.

Il faut faire, le long de l'angle de filtration, une résection longitudinale et non une résection circulaire. C'est pourquoi la technique d'Elliott est inférieure aux autres.

L'iridectomie périphérique suffit avec la sclérectomie. L. fait presque toujours maintenant l'iridectomie totale parce qu'avec son incision au couteau il passe très près de la base de l'iris et l'incise; les pinces introduites dans l'œil peuvent alors glisser derrière l'iris et toucher le cristallin. L. se sert du crochet recommandé par Axenfeld; il l'introduit dans l'œil jusqu'à la pupille. Ce crochet passe devant ou derrière l'iris selon que la base de cette membrane et le tendon du ciliaire ont été incisés ou non et, dans tous les cas, l'iris est ramené en retirant le crochet. Quand l'incision du tendon du ciliaire a été faite, l'opération a l'avantage de faire communiquer la chambre antérieure avec les espaces choroïdiens.

PERRIN (Lyon) et R. LERICHE. — *Des effets de la trépanation décompressive dans deux syndromes d'hypertension : l'un avec cécité complète, l'autre chez un acromégalique avec cécité progressive.*

Sera publié *in extenso*.

ABADIE (Paris). — Dans tous ces cas d'hypertension oculaire la trépanation est toujours indiquée. On ne la pratique pas assez souvent.

DOU (Lyon). — Dans un cas d'hémorragie ventriculaire qui avait déterminé une stase papillaire puis la cécité complète, la trépanation amena une guérison définitive, avec retour de la vision normale.

JOCQS (Paris) dit qu'il ne faut pas abandonner les ponctions lombaires répétées qui ont quelquefois produit des effets très rapides.

BONNEFOY (Bordeaux). — *De l'ophtalmologie expérimentale.*

Le collapsus de la tension oculaire, qui n'avait jamais pu être réalisé expérimentalement, a été obtenu par B., grâce à des pressions dynamométriques prolongées pendant plusieurs minutes. Une série de graphiques montrent le profil des courbes de chute de la tension oculaire sous l'action de pressions de poids et de durées déterminées.

Les conclusions physiologiques de B. sont les suivantes : la masse

sanguine intra-oculaire n'a qu'un rôle de remplissage très effacé. L'ophthalmotonus dépend des variations de la masse liquide représentée par l'humeur aqueuse, sécrétée vraisemblablement par le corps ciliaire. Les vaso-moteurs, dont personne ne songe plus à contester l'influence, agissent, non en augmentant ou diminuant la masse sanguine intra-oculaire, mais en activant ou en ralentissant la fonction spécifique des procès ciliaires.

BAILLIART et J. BOLLACK (Paris). — *De l'action comparée de certaines substances médicamenteuses sur le tonus oculaire et sur la pression artérielle.*

B. et B. ont étudié chez l'homme l'action du nitrite d'amyle. L'inhalation de ce produit produit, en quelques secondes, une dissociation très remarquable entre la pression générale qui baisse et l'ophthalmotonus qui s'élève; après une ou deux minutes les deux courbes reviennent à leur niveau primitif et parfois même le dépassent dans une courte phase réactionnelle. Ces deux phénomènes, synchrones et connexes, s'expliquent par la vaso-dilatation généralisée du système capillaire périphérique: l'ophthalmotonus paraît donc manifestement influencé par les modifications du système vasculaire intra-oculaire (choroïdien). La rapidité d'évolution de l'hypertension oculaire provoquée ne permet pas de la rattacher à un phénomène d'ordre sécrétoire; l'inefficacité d'action sur le tonus oculaire de l'injection d'atropine ou de pilocarpine, en outre, a été constatée par B. et B. Chez plusieurs sujets atteints de glaucome chronique le nitrite d'amyle a produit une courbe analogue à celle du sujet normal.

L'adrénaline a une action inverse de celle produite par le nitrite d'amyle.

PAUL PESME (Bordeaux). — *Des effets tardifs du colmatage dans l'hypotonie oculaire.*

Sera publié *in extenso*.

LAGRANGE (Bordeaux). — M. Pesme établit nettement qu'il est facile de relever la tension de l'œil en calfeutrant, en bloquant la région externe conjonctivale de l'angle de filtration. La preuve qu'on peut atteindre de pareils résultats est donnée par ce qui se passe dans les yeux dont la conjonctive péri-limbique a été détruite et remplacée par des tissus fibreux (brûlures par la chaux, ablation d'un épithélioma épi-bulbair, siégeant autour de la cornée); de pareils yeux deviennent glaucomateux. L'une des causes de la fréquence du glaucome en Égypte, tient à ce que les conjonctives bulbaires sont chroniquement enflammées chez un grand nombre de sujets, elles ont suppuré plus ou moins et les mailles conjonctivales péri-limbiques sont effacées. Il est donc facile de relever la tension des yeux hypotoniques, aussi facile que d'abaisser la

tension des yeux hypertendus. Il y a là une arme thérapeutique nouvelle sur laquelle L... attire l'attention. Les décollements de la rétine hypotendue et les myopes d'un haut degré qui sont hypotonies bénéficient beaucoup des interventions capables de relever la tension oculaire.

COUSIN (Paris). — *Indications et résultats des injections sous-conjonctivales de cyanure.*

Voy. ces Archives, même année, p. 402.

F. TERRIEN (Paris). — C'est avec raison que M. Cousin a insisté sur l'efficacité parfois surprenante des injections de cyanure d'hydrargyre, en particulier dans certaines formes d'irido-cyclite suraiguë avec léger degré d'hypopion. Chez un très distingué collègue, médecin des hôpitaux, qui, à huit jours de distance, avait fait un irido-cyclite subaiguë avec un léger degré d'hypopion et vision réduite à la perception lumineuse, une injection de cyanure a amené la guérison en quelques jours et le retour de l'acuité visuelle à la normale. Il n'y a pas eu de nouvelles poussées depuis 7 ans. De même dans les chorio-rétinites maculaires des myopes, ces injections pratiquées au début des lésions donnent des résultats excellents; quelquefois même on obtient de réelles améliorations de l'acuité visuelle alors même que les lésions sont très avancées. Mais les injections seront toujours faites très prudemment, d'autant plus que la douleur immédiate étant supprimée par l'addition d'une solution de novocaïne, on pourrait être tenté d'injecter une trop grande quantité de liquide. Un bon moyen de calmer les douleurs consécutives est le pansement occlusif de l'œil injecté, ou mieux, des deux yeux, afin d'assurer l'immobilité absolue des globes oculaires.

ABADIE (Paris). — *Pathogénie et traitement de l'atrophie essentielle et progressive des nerfs optiques.*

L'atrophie essentielle et progressive des nerfs optiques est une maladie fréquente, survenant vers l'âge de 40 ans, frappant indistinctement les deux sexes et aboutissant fatalement à la cécité. Elle est due à la contracture permanente et exagérée des artères nourricières des nerfs optiques et de la rétine. Pour faire cesser cette contracture et agir sur les nerfs vaso-moteurs qui la provoquent A. a eu l'idée de trépaner le canal rachidien au niveau de la moelle où ces nerfs prennent naissance, c'est-à-dire dans la région cilio-spinale; puis d'ouvrir la dure-mère et d'évacuer le liquide céphalo-rachidien. Ce liquide, modifié dans sa constitution physiologique, est devenu nocif et irritatif pour ces racines nerveuses à leur origine. L'atrophie essentielle et progressive des nerfs optique, jusqu'ici incurable, est très répandue; c'est elle qui peuple les hospices des Quinze-Vingts, de Bicêtre, de la Salpêtrière. Il est permis d'espérer que l'opération préconisée sauvera la vue à bien des gens qui sans cela seraient voués à la cécité.

LÉRI (Paris) pense que l'atrophie essentielle et progressive des nerfs optiques n'est autre que le tabès-cécité. Si les aveugles par atrophie optique sont parfois de grands tabétiques, le plus souvent ils ne sont en effet que des « tabétisants » (Pierre Marie), c'est-à-dire ils ne présentent qu'un petit nombre de signes ordinaires du tabès. Exceptionnellement certains sujets, généralement syphilitiques avérés, ne présentent aucun signe de tabès vulgaire. Or, qu'il y ait ou non de petits ou grands signes de tabès non associés à l'atrophie optique, des lésions des voies optiques périphériques et notamment des nerfs optiques sont les lésions habituelles de la syphilis : l'atrophie optique est la conséquence de la localisation du processus spécifique à la base de l'encéphale, comme le tabès est la conséquence de sa localisation méningo-radiculo-médullaire et la P. G. la conséquence de sa localisation méningo-corticale.

L'atrophie optique dans ces cas est bien en rapport avec le rétrécissement de calibre des vaisseaux ; elle est même presque proportionnée à ce rétrécissement ; car, sur différents points d'une même coupe, on peut voir évoluer parallèlement l'obstruction vasculaire et la disparition des fibres nerveuses.

Mais cela ne veut pas dire que le rétrécissement de la lumière des vaisseaux soit consécutif « à une contraction permanente » à un spasme vasculaire continu dû à l'action à distance de l'irritation du centre cilio-spinal par l'intermédiaire des vaso-constricteurs. Outre que ce spasme permanent d'origine irritative ne paraît pas répondre aux données actuelles de la physiologie, l'hypothèse d'une semblable pathogénie de l'atrophie optique tabétique est en contradiction absolue avec les données bien acquises de l'anatomie pathologique.

Au point de vue anatomique, en effet, il y a dans les nerfs optiques atrophiques un élément inflammatoire, méningé et vasculaire qui indique une action locale indiscutable du processus pathologique sur les voies optiques. La méningite sous-optique et péri-optique présente une épaisse infiltration lymphocytaire, parfois déjà visible à l'œil nu et se décelant pendant la vie par la lymphocytose céphalo-rachidienne. Quant aux vaisseaux, leur calibre est rétréci, non pas par une contraction permanente, mais par l'épaississement de leur paroi : l'endo et la péri-phlébite s'observent dans le nerf optique et la méninge comme dans presque toutes les localisations de la syphilis, nerveuse ou non. Une phase de prolifération vasculaire précède la phase d'obstruction et marque mieux encore le caractère inflammatoire des lésions. Cette phase inflammatoire initiale s'extériorise d'ailleurs souvent cliniquement par certains symptômes subjectifs et objectifs, ophtalmoscopiques notamment, qui donnent au début de l'atrophie optique l'allure d'une névrite inflammatoire plus ou moins atténuée.

Le résultat favorable signalé par M. Abadie semble s'expliquer fort bien par l'évacuation du liquide céphalo-rachidien hypertendu hors des mailles sous-arachnoïdiennes, par la décompression qui en est la conséquence et peut-être par la diminution d'un certain degré d'œdème des nerfs optiques eux-mêmes atteints de phlébite autant que d'artérite.

Mais semblable résultat serait sans doute obtenu par une simple ponction lombaire, sans exposer les malades aux aléas sérieux de l'importante intervention préconisée par M. Abadie. D'autre part, ce résultat ne saurait être considéré, jusqu'à nouvel ordre, ni comme durable, ni comme important; le siège et la nature des lésions rendent malheureusement fort invraisemblable qu'il puisse constituer l'équivalent d'une guérison même approximative.

BOLLACK (Paris). — Il est facile de s'assurer s'il s'agit bien d'un spasme des vaisseaux en employant un vaso-dilatateur.

E. AUBARET (Marseille). — *La déclaration du trachome doit-elle être rendue obligatoire ?*

Sera publié *in extenso*.

Ch. ROCHE (Marseille). — *Tests pour la détermination de l'acuité visuelle des simulateurs.*

R... rappelle l'importance de la recherche de la simulation. Malheureusement tous les procédés de mesure de l'acuité visuelle sont par définition subjectifs. Ils ne sont basés que sur les déclarations du sujet qui ne répond que ce qu'il veut; on ne saurait donc avoir trop de procédés pour déjouer un simulateur d'un seul œil. Il a établi une échelle de Monoyer avec des tests de coloration différents peints à l'aquarelle. Théoriquement, en mettant devant un œil un verre de la couleur de l'un des tests, ce test ne doit pas être perçu. Pratiquement, c'est avec le verre rouge seul que réussit l'expérience; il n'est même pas nécessaire que la teinte de la lettre soit rigoureusement la même, mais il est essentiel que la teinte du caractère ne soit pas trop marquée. Pour dépister la simulation, il suffit de placer devant les yeux du sujet des lunettes d'essai contenant un verre rouge devant l'œil normal et un verre de couleur quelconque devant l'autre œil.

BOURDEAUX (Evreux). — *Le modelage orbitaire. Essais de prothèse systématique.*

B... fait la critique du moulage appliqué à l'étude de la loge conjonctivo-orbitaire, résultant de la suppression ou de la réduction du globe oculaire; il y a substitué un procédé de modelage établi sur des mensurations directes. De ses expériences, B. conclut que la forme de ces cavités est constante, que leur volume est généralement en rapport avec la longueur d'ouverture palpébrale. Partant de ces données, il a construit une série de pièces prothétiques sur un modèle uniforme, mais de dimensions régulièrement croissantes, pour des ouvertures palpébrales de 18 à 28 mm. Un système de pattes en rapport avec les insertions conjonctivo-capsulaires du muscle droit donne un sérieux appui profond d'où résulte la mobilité de l'œil et celle de la paupière. Enfin, en ce qui

concerne la prothèse, il y a lieu de s'en tenir à l'énucléation simple de préférence à d'autres interventions.

R. COULOMB (Paris). — *Du port permanent de l'œil artificiel.*

Sera publié *in extenso*.

M. TEULIÈRES (de Bordeaux). — *Le sarcome de l'iris.*

Il s'agit d'une tumeur de l'iris de l'œil gauche d'aspect brunâtre, remplissant près de la moitié inférieure de la chambre antérieure, chez un homme de 65 ans. Le début semble remonter à environ 4 ans, mais le malade ne s'en était jamais aperçu et il est venu consulter, en janvier 1920, parce que sa vue baissait et qu'il désirait des verres. V = 1/6. T = 35 mm. au Schiötz. Jamais de douleurs. Comme il y avait eu un léger traumatisme (corps étranger de la cornée) 4 ans auparavant, on avait pensé à un kyste par inclusion. Mais la tumeur n'en avait aucun des caractères. Le diagnostic de tumeur maligne étant posé, l'intervention est décidée. On écarte l'iridectomie, dans la crainte de ne pas enlever la totalité de la tumeur et que les cellules aient déjà fusé dans la sclérotique. Cette crainte était justifiée, les préparations ayant montré, dans la suite, que la tumeur tendait à infiltrer la sclérotique. L'énucléation fut pratiquée. — Après 15 mois, il n'y a ni récurrence, ni métastase.

A la coupe, on voit qu'il s'agit, malgré l'aspect extérieur, d'un *sarcome blanc* développé aux dépens du tissu propre de l'iris. L'épithélium pigmenté est intact. A côté des vaisseaux néoformés, on voit les vaisseaux propres de l'iris, avec leur paroi intacte. Tout autour, les cellules tumorales, fusiformes, puis rondes, sont disposées en rayonnant. Cette disposition pourrait faire penser — sans qu'on puisse l'affirmer — qu'il s'agit peut-être d'un endothéliome.

II. — *Varia.*

G.-M. VAN DUYSSE. — *Microphthalmos colobomateux avec kyste orbitaire retro-palpébral et quatre feuillets rétiniens-intrakystiques* (1), 5 planches. Mémoire couronné au concours Alvarenga [1920] de l'Académie royale de médecine.

Voici le résumé analytique d'un très beau mémoire qui mériterait d'être rapporté plus au long.

Chez un hydrocéphalien dolichocéphale, avec cheilo-gnatho-palatoschisis, sexdigitisme et pieds équins, existait de part et d'autre un microphthalmos avec kyste vrai de l'orbite.

Les deux globes présentaient les mêmes anomalies, un peu plus accentuées à gauche.

On note : *Acorie* (à droite), feuillet épithélial de l'iris reporté en arrière et entropion (à gauche) dû à des duplicatures. *Quatre arcs*

nucléaires dans l'un des cristallins cataractés, indistincts sur le cristallin congénère par suite de la dégénérescence des fibres allant jusqu'à la liquéfaction des couches corticales.

La rétine, bien développée dans l'œil droit, se présente dans le gauche à l'état de fer à cheval ouvert en arrière, les lamelles rétiniennees finissant ici en cône d'amputation.

Une *séparation* s'est faite à ce niveau entre la rétine intrabulbaire et la rétine intrakystique dont la continuité est parfaitement conservée dans l'œil droit. La cavité bulbaire mène dans la cavité kystique par un large col à droite, par un col déjeté du côté latéral à gauche. C'est que dans ce spécimen un tissu intercalaire a fait dévier la rétine qui passait dans ce kyste, tout en la séparant de son segment distal, intrabulbaire, comme il a séparé le feuillet pigmenté en le transformant partiellement en kystes épithéliaux.

A part cette particularité qui modifie la topographie anatomique de l'œil gauche, comparé à son acolyte, le feuillet pigmenté de l'œil franchit le col du kyste, suivi d'une strate de cellules cylindriques à laquelle succède une rétine insuffisamment différenciée, *invertie* et tapissant toute la paroi interne du kyste, ou mieux des segments de forme tourmentée du kyste. Ils sont reportés du côté temporal de l'orbite, le microphthalmie demeurant refoulé du côté nasal. L'un des segments forme une poche derrière la paupière supérieure. Le revêtement kystique, continuation de l'épithèle pigmenté, — rétine cylindrique et rétine rudimentaire invertie, — répond au feuillet *externe* de la duplicature de vox HIPPEL, au feuillet replié de la partie optique, métamorphosé, simplifié, demeurant à l'état ancestral.

La rétine intrabulbaire s'était herniée, en s'ectropionnant pour s'avancer dans le tissu mésodermique embryonnaire par la seule force de son développement normal. L'exiguïté de la cavité bulbaire obligeait à la "rétinocèle". La présence éventuelle d'un liquide sous-rétinien (D. VAN DUYSSE, 1900, NATANSON, 1908, BERGMEISTER, 1943) ne peut que favoriser le développement kystique déterminé par la hernie rétinienne.

On trouve à l'intérieur du kyste, deux segments centraux de rétine, séparés par un axe de corps vitré et de vaisseaux hyaloïdiens, ayant leur limitante interne tournée vers ceux-ci et l'externe, vers la cavité kystique.

Quant au feuillet rétinien inverti, il tapisse la paroi interne des diverticules kystiques, tantôt à l'état de rétine mal différenciée avec couche de grains unique tournée vers la cavité kystique et couche interne gliale, adjacente au mésoderme hyalinisé; tantôt à l'état de strates à éléments cylindriques. Dans les parties kystiques voisines de l'œil on observe des strates d'épithèles pigmentés. Tel segment du revêtement rétinien du kyste passe à l'hyperplasie gliale, à la *gliose* localisée, que l'on peut comparer à la prolifération atypique de FRIEDLANDER (tissu ecto-blastique soustrait à l'action de ses liens physiologiques). Une particularité à relever : la formation de bourgeons et villosités dermo-épi-

théiales au niveau de l'épithèle pigmenté du kyste (extension de surface ?)

VON HIPPEL avait parlé d'une formation kystique contenant quatre feuillets : les feuillets périphériques invertis de la rétine et les feuillets internes avec strates en disposition normale. Selon NATANSON (1908) aucun cas n'était connu où le revêtement interne du kyste se trouvait ainsi constitué. Le professeur VAX DUYSE avait pourtant relevé cette disposition, en 1900, chez le frère du sujet analysé ici. De ce chef les parents sont des « monstripares » (GUARRY).

En résumé la formule de cette malformation est la suivante : La rétine de la vésicule oculaire secondaire, ne pouvant trouver place dans la cavité oculaire, s'en éloigne en arrière et en bas pour s'étendre en longueur tout en opérant une duplication. La partie non-invertie aboutit naturellement au nerf optique reporté en arrière. La partie non-invertie, feuillet externe de la duplication rétinienne, se soude au mésoderme ambiant et se continue avec l'épithélium pigmenté qui demeure forcément éloigné du nerf optique (1). Les plis du feuillet épithélial pigmenté, comme ceux du feuillet interne de la vésicule optique secondaire, peuvent se scinder, s'isoler, se transformer en kystes. La cavité du kyste orbitaire communique toujours avec l'espace sous-rétinien de l'œil.

F. T.

L. BABONNEIX. — *Spécificité ou non-spécificité d'Argyll-Robertson*. Gazette des Hôpitaux, N° 25, du 26 mars 1921.

Un certain nombre de médecins se basant sur des faits d'observations anciens ou récents, nient que le signe d'Argyll soit un signe constant de syphilis.

L. Babonneix se livre à une critique serrée des observations invoquées, et, finalement ne se trouve plus qu'en présence d'un nombre très restreint de faits, allant à l'encontre de l'opinion classique. Il conclut que bien que n'étant pas absolument spécifique peut-être, le signe d'Argyll n'en reste pas moins un signe très important pour le diagnostic de la syphilis. Une bibliographie détaillée accompagne l'article.

C. RIZZO. — *Rigidité pupillaire et ganglion ciliaire*. Revue de pathologie nerveuse et mentale, 1920, fasc. 11 et 12 avec 5 planches.

L'auteur de cette très belle monographie arrive aux conclusions suivantes :

1 Les cellules de ganglions ciliaires provenant d'individus dont les

(1) Il est un moment chez le fœtus où la pigmentation du feuillet externe de la vésicule oculaire passe encore au pédoncule (SEEFELDER, Arch. f. Ophth., LXIX, 1909).

réactions pupillaires étaient normales peuvent être groupées, d'après leur volume dans deux états : grandes et petites cellules.

Les petites cellules sont pour la plupart situées à la périphérie et sont 4 à 5 fois plus petites que les grandes.

2° Le pigment contenu dans ces cellules varie pour les grandes et pour les petites. Dans ces dernières, il présente la réaction de celui contenu dans le noyau de Semmering, est peu abondant et n'a aucune tendance à augmenter avec l'âge. L'autre variété de pigment, qui se trouve exclusivement dans les grandes cellules, a tendance à augmenter avec l'âge et suivant les maladies.

3° Les fibres des rameaux ciliaires, pour ce qui regarde III, destinées aux muscles intrinsèques sont morphologiquement différentes des fibres destinées aux muscles extrinsèques.

4° L'auteur n'a trouvé dans les ganglions ciliaires des sujets paralytiques ou tabétiques, qui avaient présenté pendant la vie le signe d'Argyll-Robertson et une rigidité pupillaire absolue, aucune dégénérescence cellulaire digne d'être notée.

5° De même il n'a constaté aucune réaction conjonctive de la capsule, ni dégénérescence dans les racines des ganglions ni dans les fibres intraganglionnaires ou dans les nerfs ciliaires courts des tabétiques ou paralytiques atteints de troubles pupillaires. Le plexus nerveux du muscle ciliaire et les fibres nerveuses de l'iris et de la cornée étaient normaux.

6° Les mêmes méthodes, employées pour révéler les altérations éventuelles des nerfs ciliaires des paralytiques et des tabétiques avec rigidité pupillaire ont mis en évidence la dégénérescence wallérienne expérimentale des nerfs ciliaires du lapin dans l'épaisseur de la sclérotique, du muscle ciliaire de l'iris et de la cornée.

F. TERRIEN.

L. BARD. — *Du mécanisme physiologique du nystagmus d'origine labyrinthique*. Annales de médecine, t. VI, n° 1, pp. 1 et 21.

On sait que le nystagmus labyrinthique est constitué par l'alternance de secousses brusques et de déplacements de sens contraires aux premières. L'auteur propose une interprétation nouvelle de ces deux phénomènes, en la résumant dans cette notion : le nystagmus est un réflexe double, constitué par l'association d'une déviation conjuguée d'origine centrale et d'une dissymétrie des mouvements d'origine cérébelleuse, portant l'une et l'autre sur les deux yeux et dont le jeu alternatif est entretenu par leur influence réciproque. C'est en outre la manifestation d'un déséquilibre anormal dans l'association physiologique des centres psycho-moteurs et des centres réflexes sensoriels des mouvements conjugués des yeux. Ce déséquilibre ne se révèle en général qu'à l'occasion d'un mouvement conjugué des yeux, commandé par un des centres psycho-moteurs. Quant à la cause qui le produit, elle reconnaît soit une lésion pathologique ou simplement une excitation

artificielle de l'appareil sensoriel périphérique ou de ses voies centripètes, l'une et l'autre étant de nature à exercer une influence de signe contraire sur le centre psycho-moteur et sur le centre sensoriel des mouvements correspondants, c'est-à-dire une influence inhibitrice sur le premier et hyperexcitante sur le second.

Les deux ordres de secousses qui constituent le nystagmus sont enfin commandés par un centre cérébral, les lentes par le centre sensoriel, les brusques par le centre psycho-moteur.

G. COUSIN.

III. — Livres nouveaux.

A. DARIER. — *Traité complet de thérapeutique oculaire*. 1 vol. de plus de 720 pages. Paris, 1921, Jouve et Cie, éditeurs.

Ce très important ouvrage n'est pas une seconde édition des *Leçons de thérapeutique oculaire* publiées par Darier en 1902. Il comprend tout l'ensemble de la thérapeutique oculaire; l'auteur étudie les moyens anciens et modernes mis à notre disposition en insistant sur ceux qui lui paraissent les plus efficaces.

L'ouvrage est divisé en deux parties: thérapeutique générale et thérapeutique spéciale, la première comprenant l'étude générale des médicaments et la seconde, l'application de ces médicaments aux différentes maladies de l'œil.

Insistant tout d'abord sur l'importance d'un diagnostic étiologique précis, l'auteur rappelle deux acquisitions très importantes faites dans ces derniers temps par l'examen ophtalmoscopique: la lampe fente de Gullstrand et l'examen à la lumière verte de Vogt, simplifié par Cantonnet. Puis vient l'étude des médications biologiques: sérums, vaccins, etc., avec la sérothérapie paraspécifique (allergie) qui a ouvert la voie à toute une série d'agents thérapeutiques: injections de lait bouilli, de peptone, de caséine, etc. — La lecture de ce chapitre, consacré à la thérapeutique biologique est particulièrement recommandable. Il comprend quatre sous-chapitres: 1° résistance des tissus (phagocytose, médication leucogène); 2° immunisation passive (sérums antitoxiques, antibactériens, paraspécifiques, lait, solutions albumineuses, autosérothérapie); 3° immunisation active (vaccins, bactérines, tubercules, etc.); 4° agents bactériolytiques (pyocyanase, bile, choline), organothérapie, opothérapie, oxydases, métaux ferments.

Les chapitres de la seconde partie se rapportent successivement aux maladies des paupières, de l'appareil lacrymal et de l'orbite, de la conjonctive, de la cornée et de la sclérotique, de l'iris et du corps ciliaire, au glaucome, aux maladies du cristallin, de la choroïde, de la rétine, du corps vitré et enfin à celles du nerf optique.

Nous ne pouvons, dans cette courte analyse, résumer ces différents chapitres écrits par l'auteur avec un enthousiasme et une foi très grands

ni souscrire à toutes ses opinions. C'est ainsi qu'à propos de l'opération de cataracte, l'auteur s'en tient à la seule extraction combinée, rejetant comme complication absolument inutile les sutures cornéennes ou conjonctivales et, sans doute aussi, le pont conjonctival qu'il passe sous silence. Mais, abstraction faite de la rapidité de cicatrisation que donnent ces deux derniers adjuvants, le pont conjonctival ou la suture, ils mettront obstacle au renversement du lambeau en cas d'issue du vitré, complication rare sans doute et qui pourra être évitée le plus souvent par la surveillance du malade et l'ablation, en temps utile, du blépharostate, mais qui peut survenir en dehors de toute faute de l'opérateur.

C'est alors que celui-ci pourra regretter de s'être borné à l'extraction combinée classique. En présence de semblable danger et de l'innocuité absolue du pont ou du fil, il nous paraît téméraire à l'heure actuelle de renoncer à l'un de ces deux moyens qui viennent donner à l'opération une sécurité beaucoup plus grande. Enfin, à propos du pansement après l'opération, Darier conseille un pansement binoculaire indépendant pour chacun des yeux si le malade n'est pas hospitalisé et doit retourner chez lui après l'opération ! En aucun cas nous n'oserions renvoyer un malade aussitôt après l'opération, mais à supposer que cette évacuation fût nécessaire, la suture alors trouverait son indication au maximum, et même alors, cette manière de faire nous semble très imprudente.

L'ouvrage se termine par un répertoire alphabétique donnant en quelques lignes le résumé des moyens à employer dans chaque affection. Il témoigne d'un effort considérable et sera lu avec intérêt par tous les ophtalmologistes.

F. T.

Guide du médecin oculiste dans les accidents du travail, par M. CAILLAUD, 2^e édition mise à jour, 260 pages (Librairie Amédée Le-grand). Paris.

Ce livre est la 2^e édition d'un petit manuel qui a été fort apprécié des ophtalmologistes et de tous les médecins ayant à s'occuper d'accidents du travail. Cette édition a été très notablement augmentée ; surtout elle a été mise à jour, car l'expérience de la guerre est venue nous faire mieux connaître les suites des traumatismes des yeux ; d'autre part, les modifications du tarif d'honoraires (tarif Breton) entraînaient la nécessité d'une révision de cet ouvrage.

L'auteur passe en revue tout ce qui concerne le rôle du médecin traitant et celui du médecin expert. Il donne les bases d'évaluation de l'incapacité d'après les barèmes actuellement existants et il indique les indemnités allouées au blessé.

Le dernier chapitre est très intéressant ; c'est celui qui relate tous les décrets et règlements ayant trait aux accidents de travail ; l'auteur reproduit un certain nombre de jugements fixant la jurisprudence sur pas mal de points litigieux.

Ce livre est indispensable à tout oculiste pouvant avoir à traiter ou à expertiser des accidents du travail.

A. CANTONNET.

NOUVELLES

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS

Concours pour la nomination de quatre aides de clinique titulaires et d'aides de clinique provisoires à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Ce concours sera ouvert le vendredi 29 juillet 1921, à neuf heures du matin, dans la Salle des Opérations de la Clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les candidats seront admis à se faire inscrire à la Direction de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de dix heures à midi, jusqu'au mardi 19 juillet 1921, à midi.

*
* *

Concours pour la nomination à une place de chef de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Ce concours sera ouvert le lundi 25 juillet 1921, à neuf heures du matin, dans la Salle des Opérations de la Clinique, rue de Charenton, n° 28.

*
* *

Concours pour la nomination à une place de chef de laboratoire à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Ce concours sera ouvert le lundi 18 juillet 1921, à neuf heures du matin, dans la Salle des Opérations de la Clinique, rue de Charenton, n° 28.

Le Gérant : OCTAVE PORÉE.

Paris. — Imprimerie E. ARRAULT et C^e, 7, rue Bourdaloue.

Fondée en 1837

Maison LUER

F. et D^r WULFING-LUER Succ^r.

Instruments de Chirurgie et Appareils de Médecine

104, Boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e)

Téléph. : 808.13-80

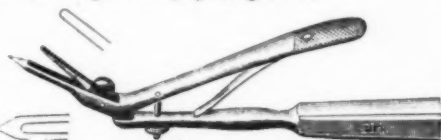


Tréphine Cornéenne
du D^r Elliot

3 diamètres

1, 1 1/2, 2 m/m

MODÈLE LUER



Pince emporte-pièce avec points tranchants
du Professeur de Lapersonne

pour capsulo iridotomie.

MODÈLE LUER



pince emporte-pièce pour scrotonomy du Prof^r Lagrange. Largeur 3 et 4 m/m

MODÈLE LUER

CATALOGUES
SUR
DEMANDE

- 1^o pour l'OPHTALMOLOGIE.
- 2^o pour l'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.
- 3^o pour la CHIRURGIE GÉNÉRALE (en préparation).

POMMADES OPHTALMIQUES



H. CHIBRET Pharmacien de 1^{re} classe

Clermont-Ferrand

en tubes à canules dévissables et stérilisables

POMMADES

- à l'oxyde jaune de mercure.
- à 1 - 2 - 3 et 5 0/0.
- à l'aristol, au vioforme.
- à la cocaïne, à l'atropine.
- à l'oxyde de zinc, au bleu de méthylène
- à l'ETHYLHYDROCUPREINE (Optochine).

Marque déposée

" OPTIMA "

Envoi d'échantillons gratuits sur demande à MM. les Oculistes

SYPHILIS GRANULES
SIROP

LUDIN

3

Granules

=

1

Cuill. à soupe
de SIROP

=

1

Centigramme
H.G. métal

TRAITEMENT
MERCURIEL
DISSIMULÉ

LABORATOIRES REY-VICHY



MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



== ATLAS ==

d'OPHTALMOSCOPIE

DE GUERRE

PAR LE

D^R FÉLIX LAGRANGE

Professeur à la Faculté de Bordeaux

Cet ouvrage contient une étude descriptive très complète des lésions de l'œil après les traumatismes de guerre, ayant en apparence respecté le globe, chaque planche, avec observation à l'appui, représente autant de types différents et dans l'ensemble l'Atlas fait passer sous les yeux du lecteur tous les détails des désordres ophtalmoscopiques.

Texte Français et Anglais

1 vol. grand in-8°, avec 100 planches en noir et en couleurs. 40 fr. net

— 1 —

SOMMAIRE (suite)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Congrès de la Société française d'ophtalmologie (9-13 mai 1931). Compte rendu par G. COUSIN, p. 425. — LEMOINE, OPIN et VALOIS, Un cas de rétinite hyperplasique (rétinite exsudative de Coats), p. 425. — GALLEMAERTS et KLEEFELD, Examen microscopique du fond de l'œil vivant, p. 425. — DUFOUR, Sur la skiascopie, p. 426. — KALT, Tissu adénoïde du cul-de-sac conjonctival supérieur et lymphôme, p. 426. — TRANTAS, La velonosciascopie et son utilité surtout pour la détermination des principaux méridiens de l'astigmatisme, p. 426. — BETTREMIEUX, Opération sur l'œil directeur dans le strabisme, p. 426. — DELORD, Amblyopie par strabisme, p. 426. — BARRAQUER, Sur la phacoérisis, p. 428. — R. DAULNOY, Un cas d'hypopion et d'irido-cyclite au cours d'une méningite cérébro-spinale, p. 428. — FAGE, L'extériorisation de l'œil et l'ophtalmie sympathique, p. 429. — AUBARET, Indications de la cure radicale des dacryocystites, p. 430. — F. TERRIEN, Etiologie de certaines formes de névrite rétro-bulbaire, p. 430. — DE SAINT-MARTIN, Névrite rétro-bulbaire aiguë, unilatérale, d'origine dentaire, p. 431. — DON, L'irido-cyclite grave par leurcorrhée chez les jeunes filles, p. 432. — C. FROMAGET, Disparition d'accidents glaucomeux aigus par l'injection rétrobulbaire d'adrénaline et de novocaïne, p. 432. — A. VAN LINT, Blépharospasme guéri par injection d'alcool au rebord inféro-externe de l'orbite, p. 433. — L. GENET, Paralysie bilatérale de l'accommodation sans troubles pupillaires, p. 433. — A. BICHON, Luxation bilatérale spontanée du cristallin, p. 434. — CH. ROCHE, Luxation bilatérale du cristallin dans la chambre antérieure, p. 434. — TRANTAS, Sur l'opération du trichiasis de la paupière supérieure, p. 434. — LAVAT, Un cas d'idiotie amaurotique familiale, p. 434. — DUPUY-DUTEMPS et BOURGUET, La dacryocysto-rhinostomie plastique et ses résultats, p. 434. — ROLLET, Indications et technique de l'extirpation du sac lacrymal à la rugine, p. 435. — S. LOFRUSCIO, Amblyopie et amaurose dans l'ankylostomiose duodénale, p. 435. — MORAX et FOURRIÈRE, Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la pratique hospitalière, p. 435. — MORAX, Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la pratique privée, p. 436. — PERRIN et R. LERICHE, Des effets de la trépanation décompressive dans deux syndromes d'hypertension : l'un avec cécité complète, l'autre chez un acromégalique avec cécité progressive, p. 437. — BAILLIART et J. BOLLACK, De l'action comparée de certaines substances médicamenteuses sur le tonus oculaire et sur la pression artérielle, p. 438. — PAUL PESME, Des effets tardifs du colmatage dans l'hypotonie oculaire, p. 438. — COUSIN, Indications et résultats des injections sous-conjonctivales de cyanure, p. 439. — ABADIE, Pathogénie et traitement de l'atrophie essentielle et progressive des nerfs optiques, p. 439. — E. AUBARET, La déclaration du trachome doit-elle être rendue obligatoire ? p. 441. — CH. ROCHE, Tests pour la détermination de l'acuité visuelle des simulateurs, p. 441. — BOURDEAUX, Le modelage orbitaire. Essais de prothèse systématique, p. 441. — R. COULOMB, Du port permanent de l'œil artificiel, p. 442. — M. TEULIÈRES, Le sarcome de l'iris, p. 442.

Varia. G.-M. VAN DUYSE, Microphthalmos colobomateux avec kyste orbitaire rétro-palpébral et quatre feuillets rétiens intrakystiques, p. 442. — L. BABONNEIX, Spécificité ou non-spécificité du signe d'Argyll-Robertson, p. 444. — C. KIZZO, Rigidité pupillaire et ganglion ciliaire, p. 444.

Livres Nouveaux. — DARIER, Traité complet de thérapeutique oculaire, p. 445. — CAILLAUD, Guide du médecin oculiste dans les accidents du travail, p. 446.

Nouvelles p. 448

POUR QUE LES YEUX PUISSENT VOIR MIEUX ET PLUS LOIN
PRESCRIVEZ

TELEGIC

VERRE À DOUBLE Foyer INVISIBLE

VUE PARFAITE POUR PRÈS ET POUR LOIN

Se trouve dans toutes les bonnes maisons d'Optique
exécutant les ordonnances de M.M. les Oculistes.

MAISON SPÉCIALE POUR LA VUE
Exécution de toutes Prescriptions médicales

MARGAILLAN

Opticien Breveté S. G. D. G.

Successeur de **BOUZENDROFFER**

Spécialité de boîtes de verres et lunettes d'essai.

Instruments d'ophtalmologie. Appareils d'acoustique pour la surdité

130, Rue du Bac, PARIS, 7^e Arrond. (en face le Bon Marché)

TÉLÉPHONE : Saxe 36-96

STAN

STANNOXYL
FURONCULOSE
ET
TOUTES MALADIES A STAPHYLOCOQUES
(Anthrax, Acné, Orgelets, Abscès du sein)
USAGE INTERNE: COMPRIMÉS, AMPOULES, GACHETS
USAGE EXTERNE: STANNOXYL LIQUIDE, BAIGN, POMMADE, GLYCÉRÉ, GAZE
Produits à base d'étain et d'oxyde d'étain préparés sous le
contrôle scientifique de A. FROUIN

XYL

LABORATOIRE ROBERT ET CARRIÈRE 37, RUE DE BOURGOGNE, PARIS

VIN GIRARD

Iodo-Tannique Phosphaté

1 ou 2 verres à madère par jour, au début des repas

KÉRATITE PHLYCTÉNULAIRE LYMPHATISME

DACROCYSTITE D'ORIGINE OSSEUSE . TUBERCULOSE

A. GIRARD, 48, Rue d'Alésia, PARIS

Paris, Imprimerie E. ARNAULT et C^e, 7, rue Bourdaloue.

